RHINOLOGIE, OTOLOGIE LARYNGOLOGIE

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE

VIENNE

PAR

Le Dr MARCEL LERMOYEZ

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

Chargé d'une mission par le Ministère de l'Instruction publique

PARIS
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, 3

1894

Au Professeur ADAM POLITZER,

Hommage reconnaissant.

AVANT-PROPOS

*Il est de mode aujourd'hui en France, et peut-être plus encore ailleurs qu'en France, que celui qui embrasse la carrière oto-laryngologique aille à Vienne recevoir l'investiture. Si parmi mes confrères parisiens en spécialité je prends vingt des meilleurs, — et je n'aurai que l'embarras du choix — j'en trouverai peu qui n'aient fait le pélerinage traditionnel à l'*Alserstrasse. *La chose est-elle utile, nécessaire ? — Utile ? certes ; là-bas, dans le sanctuaire où se révéla d'abord la laryngologie, où l'on conserve pieusement les doctrines de son premier grand-prêtre* Ludwig Türck, *le culte de la science nouvelle est pratiqué avec une ferveur telle qu'il attire et retient des centaines de fidèles. — Nécessaire ? non; car affirmer cela serait méconnaître*

intentionnellement la valeur de l'enseignement spécial qui se donne à Paris, et mériter les justes reproches de confrères qui mettent leur talent au service de tentatives heureuses. Au reste, on peut être bon architecte sans avoir vu le Parthénon.

Ce qui attire à Vienne, c'est un collège de professeurs spéciaux, d'une notoriété telle qu'il n'en existe nulle part un pareil; ce qui y retient, c'est un enseignement admirablement organisé, perfectionné par une expérience de trente années, où tout est prévu, arrangé, combiné pour faire rendre au travail de l'élève un maximum d'effet utile, dans un minimum de temps dépensé; un gigantesque engrenage qui, dès qu'on y a mis le doigt, vous entraîne, vous pétrit, vous façonne dans le meilleur des moules.

Mais, justement, l'abondance et la complexité de cet enseignement déroutent un peu le médecin étranger qui l'aborde pour la première fois.

Dans la multitude des cours pratiques, lesquels choisir? Comment distribuer son temps pour l'utiliser au mieux? Pour bien graduer le travail, par quel professeur commencer, par lequel continuer?

Ce sont là toutes questions que, comme bien d'autres, je me suis posées en arrivant à Vienne.

Certains élèves, pendant les premiers jours, suivent à titre d'essai les différentes cliniques et se dé-

cident ensuite en apparente connaissance de cause; mais, outre que c'est là perdre une partie d'un temps souvent parcimonieusement mesuré, c'est se placer dans de très mauvaises conditions pour juger l'enseignement des maîtres. Tout se paie, à Vienne; et celui qui passe en visiteur gratuit dans une clinique, n'assiste, en vérité, que de très loin au fonctionnement du cours, ayant entre lui et le professeur toute une barrière d'élèves payants, à juste titre jaloux de l'instruction qu'ils achètent. D'autres, au hasard, se font inscrire d'emblée à différents cours, et regrettent ensuite leur précipitation et leur argent.

C'est parce que j'ai passé par ces désagréables tâtonnements de l'arrivée, et que, plus tard, au bout de quelques mois, fort de l'expérience acquise, j'ai pu guider plusieurs de mes compatriotes venus ensuite, et leur éviter ce stade amphibole, que j'ai pensé qu'il pourrait y avoir quelque intérêt à publier ces notes de mission, recueillies au jour le jour. En agissant ainsi, j'ai un double désir : je serais heureux de donner à ceux qui iront demain à Vienne perfectionner leurs connaissances spéciales, un petit guide terre-à-terre, peut-être trop minutieux en ses détails, mais pratique, s'il est possible; et, pour ceux à qui les circonstances interdisent ce voyage, je voudrais, en quelques traits, indiquer la pratique des maîtres autrichiens, et leur montrer quel est là-bas, à l'heure actuelle, l'état de notre petit coin de science.

De là, naturellement, deux parties daus cette étude.

La première traitera de l'enseignement des spécialités du larynx et des oreilles eu Autriche.

La seconde passera en revue les opératious et traitements usuels, qui y sont mis en œuvrecontre les affections qui nous occupent.

Première Partie

ENSEIGNEMENT

SOMMAIRE

—

I

LES ÉTUDES MÉDICALES A VIENNE. LE RECRUTEMENT DES PROFESSEURS.

L'enseignement de la laryngolologie et de l'otologie, tel qu'il se donne à la Faculté de médecine viennoise, est unique au monde. Aucune autre ville, pas même Berlin, ni surtout Paris, ne peut rivaliser à ce point de vue avec la capitale de l'Autriche. A Paris, un peu d'enseignement libre; mais d'enseignement officiel, point. A Berlin, c'est mieux : on y reconnaît à l'oreille et au larynx le droit aux soins, tout comme à l'utérus ou à la vessie. Dans chacune de ces spécialités, un professeur est chargé par l'Université d'une clinique officielle : Lucae professe l'otologie, B. Fränkel la rhinolaryngologie. Ce sont là des leçons à la façon française, bien faites, mais peu condensées. C'est pendant les vacances qu'on travaille le mieux : deux mois par an (Pâques et Octobre), se font les « *Feriencurs* » ; alors, on y professe à la mode

viennoise, d'une façon bien plus pratique. A Vienne, c'est toute l'année qu'on enseigne : pendant dix mois, les cours s'y succèdent sans interruption ; et, de six en six semaines, paraît une nouvelle promotion de spécialistes.

Le prodigieux succès de la Faculté de médecine de Vienne n'est pas sans avoir fait des jaloux ; on a médit un peu d'elle, on l'a calomniée beaucoup. Je ne m'arrêterai pas à considérer les reproches qui lui viennent de France ; que répondre à ces chauvins de la pathologie, qui ne doutent pas un seul instant que la médecine française ne soit la première du monde, et qui trouvent à leurs confrères le défaut majeur de se dénigrer eux-mêmes, et d'admirer aveuglément tout ce qui vient d'outre-Rhin ? En revanche, les critiques que Berlin adresse à Vienne portent mieux. Les Allemands reprochent à l'Ecole viennoise de se complaire et de s'attarder trop dans l'admiration d'elle-même ; parfaitement organisée, il est vrai, mais un peu routinière ; très consciencieuse gardienne des doctrines qui ont fait sa gloire, mais trop méfiante des innovations étrangères ; fière à juste titre, mais quelque peu orgueilleuse, aimant mal à s'assimiler les progrès qui naissent en dehors d'elle ; trop classique, en un mot. Très attachée à son passé, elle aime encore, comme au temps de Ferdinand I[er], à commenter ses maîtres ; seulement Türck et Politzer ont pris la place d'Hippocrate et de Galien. En Allemagne, la spécialité est plus

jeune, plus indépendante ; moins retenue par le culte d'hommes aussi considérables, elle a les coudées plus franches, marche plus vite en avant, cherchant à secouer le joug classique ; elle a ses Paracelses.

Lointain encore est l'avenir où Vienne tombera au second rang. Les critiques germaniques sont peut-être justes ; pourquoi cependant tant de spécialistes allemands viennent-ils s'instruire en Autriche ? Pendant mon séjour, j'y avais comme condisciples les assistants des plus grands laryngologistes d'Allemagne : de Krause, de Jurasz, de Seifert. Ils venaient, ils voyaient, ils restaient. Or, j'ai peine à supposer qu'ils vinssent à Vienne dans la même pensée que ce jeune docteur qu'un assistant envoyait à Paris, lui disant : « Allez en France, vous vous instruirez beaucoup ; vous y verrez ce qu'il ne faut pas faire. »

Quoi qu'il en soit de ces critiques, justes ou intéressées, elle n'ébranlent en tous cas que fort peu le solide édifice de l'Ecole viennoise. Pour l'enseignement des spécialités qui nous intéressent, on fera peut-être mieux que Vienne dans l'avenir ; on n'a pas encore fait aussi bien.

On reste surtout frappé de cette supériorité quand on en étudie les causes ; et il y a de cet examen des enseignements à tirer, dont nous pouvons, en France, faire notre plus grand profit.

Quel que soit le talent des maîtres que l'Ecole de Vienne a à sa tête, ce n'est pas en cela que ré-

side le secret de sa prospérité. Loin de moi, certes, l'idée de nier que sa prééminence tienne en partie à la valeur de ses professeurs : je veux dire qu'elle n'en dépend pas uniquement. Le succès de cette Ecole est du autant et peut-être plus aux choses qu'aux hommes. Nos ressources intellectuelles sont aussi abondantes ; nous ne savons pas, comme elle, les utiliser. Si la capitale de l'agglomération austro-hongroise, Vienne, la ville légère, la cité de musique et de danse, déjà un peu alanguie par cet Orient qui est proche, plus éprise peut-être de sa beauté que de son intelligence, s'est fait une Ecole de médecine telle que ni la France, ni l'Allemagne, quoique vivant d'une vie plus intense, n'en ont pu créer de pareille, cela résulte avant tout de ceci : une organisation, une méthode parfaite dans l'enseignement, et qui fait du professeur, dans la main de l'Université, un excellent outil, habilement manié.

Un bon maître, une bonne méthode, voila ses moyens. Le maître est bon, parce qu'une longue expérience lui a donné une compétence spéciale dans la matière qu'il professe. La méthode est bonne, parce qu'exigeant de l'élève le minimum de travail nécessaire, elle produit le maximum d'effet utile.

Théoriquement, nous savons ces choses ; ce que nous connaissons moins, c'est le moyen de les réaliser en pratique ; aussi, est-il intéressant d'analyser les procédés qu'emploie Vienne pour obtenir de tels résultats. Un coup d'œil jeté sur

l'organisation des études médicales en Autriche et sur le mode de recrutement des maîtres, nous montrera tout d'abord la façon de faire un bon professeur.

*
* *

L'organisation de l'enseignement de la médecine à la Faculté de Vienne est établie suivant un programme à peu près analogue à ceux qui sont en vigueur dans les Universités d'Allemagne. Au reste, il n'y a, à proprement parler, pas plus de Facultés autrichiennes qu'il n'y a de Facultés prussiennes : il y a, avant tout, des Facultés de langue allemande, et quiconque parle allemand, quelles que soient sa nationalité ou sa religion, peut y enseigner et y atteindre les plus hauts grades. Cela tient en partie à ce que les Universités ont une existence propre, vivant des revenus qui leur appartiennent, et relevant si peu de l'État, sauf pour la nomination des professeurs, qu'à Vienne, en particulier, la Faculté ne peut conférer le droit légal d'exercer la médecine, que parce qu'un délégué du Gouvernement, pris souvent en dehors d'elle, assiste aux examens de doctorat, représentant le contrôle officiel. Les principales particularités qui distinguent les Facultés autrichiennes de leurs rivales allemandes, résident surtout dans la manière dont s'exerce ce contrôle de l'État.

Le futur médecin sort du gymnase avec le *certificat de maturité*, qui équivaut au diplôme de bachelier. Il se rend au décanat de l'Université qu'il a choisie et s'y fait immatriculer : dès ce moment, il devient *étudiant, citoyen académique.* Les études durent cinq années. Pendant tout ce temps, il jouit d'une extrême liberté ; s'il est obligé de fournir des certificats d'assiduité aux différentes cliniques dont le règlement lui impose la fréquentation, — et Dieu sait combien il est avec le ciel d'accommodements, — en revanche, il choisit tels professeurs qu'il lui plaît ; il lui est même permis, à la fin de chaque semestre, de changer non seulement de cours, mais même d'Université. Il passe ses examens quand il veut.

Généralement dans le cours des deux premières années, il subit trois épreuves orales préparatoires, portant sur la zoologie, la botanique, la minéralogie : ce sont les *naturhistorischen Prüfungen.* Puis, il ne paraît à l'Université que pour y verser à la questure le *Collegiengeld* ; et, son temps d'études terminé, au bout de cinq ans, il demande à passer les trois examens majeurs, les *Rigorosen.* Ces trois épreuves doivent être subies dans la même Faculté.

Le *Rigorosum* est un examen de doctorat très complexe et sérieux, comme l'indique son nom.

Le *premier Rigorosum* roule sur la physique, la chimie, l'anatomie, la physiologie. Le candidat, qui porte en cette circonstance le nom de *Rigoro-*

sant, ne peut l'aborder que muni d'un certificat constatant qu'il a disséqué avec assiduité pendant deux semestres. Les épreuves sont à la fois théoriques et pratiques ; ces dernières sont au nombre de trois : une dissection, une préparation histologique, une analyse chimique.

Pour aborder les deux derniers rigorosen, il faut avoir fait, dans une clinique universitaire, six semestres de stage ainsi répartis : deux semestres de médecine, deux semestres de chirurgie, un semestre d'accouchement, un semestre d'ophtalmologie. Au *deuxième Rigorosum*, l'élève est interrogé oralement sur la pathologie générale, la thérapeutique ; en pathologie interne, en anatomie pathologique, il n'a pas seulement à répondre aux questions théoriques qu'on lui pose : il doit examiner un malade et faire la démonstration d'une pièce autopsiale. Même genre d'épreuves, à la fois théoriques et pratiques, au *troisième Rigorosum* : elles portent sur la pathologie externe, les accouchements, l'ophtalmologie, la médecine légale. Sur cette dernière, le rigorosant est peu interrogé et n'a pas à faire de rapport ; mais, sur les autres matières, aux examens théoriques s'ajoutent des épreuves pratiques très complexes : en chirurgie, un examen clinique, une application de bandages, une opération sur le cadavre ; en accouchements, le diagnostic d'une présentation et une manœuvre sur le mannequin ; en ophtalmologie, un diagnostic, une opération sur le cadavre.

Le troisième rigorosum est l'examen final, l'*Absolutorium*.

La commission d'examen se compose :

1° d'un président, qui a le droit, mais non pas le devoir d'interroger.

2° d'examinateurs ordinaires, qui sont les professeurs ordinaires, enseignant les branches de la médecine sur lesquelles porte le rigorosum.

3° d'un commissaire du Gouvernement, et aussi, aux deuxième et troisième rigorosen, d'un coexaminateur directement uommé par le Gouvernement.

Commissaires et coexaminateurs sont investis de leurs fonctions, pour la durée d'une année, par le Ministre de l'Instruction Publique, qui les choisit naturellement parmi les docteurs en médecine de la ville, mais peut les prendre aussi dans le Collège des professeurs. Ces commissaires surveillent les examens dans l'intérêt général, et ont même le droit de poser des questions aux candidats.

4° Enfin, la commission d'examen peut encore renfermer des professeurs extraordinaires. Le fait se présente quand le nombre des rigorosants est trop élevé pour que les professeurs ordinaires puissent faire passer tous les examens ; dans ce cas, les professeurs extraordinaires sont délégués par le Ministre pour la durée d'un an.

Le rôle du commissaire du Gouvernement, souvent un simple praticien pris en dehors de l'Université, est de donner, par sa présence, à l'examen

un caractère officiel ; grâce à son assistance, le fait d'avoir subi avec succès le troisième rigorosum confère à l'étudiant le titre et les droits de docteur ; il pourra exercer dans tout l'Empire austro-hongrois, et faire précéder son nom de la qualification suivante : *Med. Univ. Doctor der gesammten Heilkunde.*

La *promotion au doctorat* suit immédiatement l'examen ; elle est conférée par un professeur ordinaire (*per turnum*) sous la présidence du recteur assisté du doyen du Collège des professeurs, d'après un cérémonial déjà fort ancien. Le candidat n'a pas de thèse à présenter.

Il n'y a donc pas à Vienne d'examen d'État, distinct de l'examen universitaire, comme dans les Facultés d'Allemagne ; la légère dissemblance qui différencie les études médicales dans les deux pays voisins s'accentue surtout à ce point de vue administratif.

Par bien des côtés, la façon dont est réglée la scolarité de l'étudiant viennois est digne de fixer notre attention.

Le stage obstétrical et ophtalmologique, imposé au rigorosant, est une mesure qu'on ne saurait trop louer. Les médecins allemands attachent une grande importance à l'étude des maladies des yeux : les professeurs qui les enseignent ont le titre d'ordinaires. A Vienne, il y a le même nombre de professeurs de clinique chirurgicale et de profes-

seurs d'ophtalmologie : Billroth, Albert n'ont guère plus d'élèves que Stellwag et Fuchs. Mais on s'étonne à bon droit de ne voir figurer ni la dermatologie, ni l'otologie, ni la laryngologie dans les programmes des rigorosen ; Vienne devrait avoir plus d'égards pour ces spécialités dont l'enseignement entretient sa renommée. Des accidents journaliers plaident contre cette exclusion incompréhensible. Pas une semaine de mon séjour ne s'est passée sans que je visse amener à la clinique de Politzer, un enfant, porteur d'un corps étranger de l'oreille, victime de tentatives maladroites de quelque praticien ignorant jusqu'à l'abc de l'otiatrique. Il ne suffit pas que le médecin sache opérer une cataracte ; il est au moins aussi utile qu'il puisse désobstruer un conduit auditif ou prévenir une mastoïdite. Cependant, il paraît qu'une réforme universitaire est projetée, qui rendra obligatoire aux rigorosants l'étude de toutes les spécialités, et particulièrement de l'otologie [1]. Des quatre Facultés de langue allemande que possède l'Autriche, trois ont envoyé des rapports favorables à ce projet : Prague, Graz, Innsbrück. La seule opposante est celle qu'on s'attendrait le moins à voir apporter ici des restric-

[1] Il pourrait se faire, avec le système actuel, qu'accidentellement le rigorosant fût interrogé sur l'otologie ou sur la laryngologie, si le Ministre nommait comme coexaminateur annuel un des professeurs extraordinaires de ces spécialités. Cependant, cela n'est pas encore arrivé depuis 1885.

tions: c'est Vienne, qui, représentée par le professeur Albert, s'arrête à un moyen terme, en ce sens qu'elle veut bien introduire l'étude de l'otologie dans ses programmes, mais déclare ne pas obliger l'étudiant à passer, à la fin de sa scolarité, un examen sur cette matière. Il est vivement à souhaiter que l'avis des Facultés de province prévaille sur celui de Vienne ; quand l'enseignement obligatoire des spécialités aura fait ses preuves en Autriche, peut-être y aura t-il quelques chances pour que nous nous occupions enfin de cette question.

En attendant, la Faculté allemande de Prague s'est arrêtée à un parti qui, jusqu'ici, a donné d'excellents résultats. Chaque année, aux commissions d'examens, les professeurs ordinaires s'adjoignent un extraordinaire, qui interroge les candidats sur la spécialité qu'il professe : c'est tantôt le professeur Zaufal (otologie), tantôt le professeur Pick (dermatologie) ; mais, comme il n'y a pas entr'eux alternance régulière, il en résulte que, dans le doute, le rigorosant se trouve obligé d'assister à la fois aux cliniques de peau et d'oreilles.

*
* *

Ce programme d'études élémentaires, ce régime d'examens imposé aux étudiants viennois fait-il de meilleurs médecins que chez nous ? je ne le pense pas. L'instruction que nos voisins donnent à

leurs futurs docteurs est peut-être plus complète que celle que nous dispensons, mais en revanche elle est moins clinique ; à juste titre, on a souvent reproché aux Écoles allemandes de ne point permettre à leurs élèves ce contact répété des malades, grâce auquel nos hôpitaux parisiens forment des bons cliniciens [1]. Mais si, à ce point de vue, la comparaison peut être à notre avantage, elle nous devient au contraire essentiellement défavorable, dès qu'on vient à envisager l'enseignement médical supérieur.

En effet, l'organisation autrichienne, outre les facilités qu'elle donne aux travailleurs, outre l'existence matérielle qu'elle leur assure largement, outre les débouchés nombreux qu'elle offre à leur activité, a cette qualité maîtresse qui fait toute sa force : pas de concours. Pas de concours qui substituent l'exercice de la mémoire aux efforts de l'intelligence ; pas de concours qui limitent le nombre des élus, et éliminent des hommes de grand mérite parce qu'ils ont le tort d'être nombreux. Deux conditions entretiennent la colossale production de la médecine germanique : la première, c'est que l'individu est jugé d'après la valeur des travaux de son existence entière, non d'après

(1) Ce reproche ne peut, en tous cas, s'adresser qu'aux grandes *Vorlesungen* officielles de pathologie interne et externe ; nous verrons plus loin que, pour ce qui a trait à l'enseignement des spécialités, la méthode employée par les maîtres autrichiens est, au contraire, absolument clinique et a pour base le maniement répété du malade.

le brillant d'une épreuve qui a duré quelques minutes ; la seconde, c'est qu'il ne se heurte pas à des cadres fermés ; peu lui importe donc le succès de ses concurrents, puisque le nombre des places à attribuer est indéfini. J'aurai plus d'une fois à revenir sur cette situation privilégiée des travailleurs allemands ; je veux seulement ici montrer comparativement de quelle façon différente on arrive en France et en Autriche.

En France, toutes facilités sont offertes au travailleur qui aborde les études médicales : les hôpitaux lui sont ouverts ; encore étudiant, il pourra bénéficier des avantages de l'externat, se former un solide jugement clinique dans la grande école de l'internat ; et, une fois docteur, il sera bon et habile praticien. En Autriche, il en est tout autrement : une multitude de cours pratiques, excellemment faits, donnent à l'étudiant une instruction très générale; mais, l'organisation des hôpitaux est telle, qu'en dehors des cours privés, elle lui interdit l'accès des salles ; l'élève doit se contenter de voir ce que le maître veut bien lui montrer à l'amphithéâtre. Jusqu'ici la comparaison est donc surtout à notre avantage.

Mais, à partir de ce moment, si l'on considère les résistances que le docteur a à surmonter pour gravir les degrés qui le mènent à la maîtrise, les rapports changent. En France, les difficultés sont accumulées comme à plaisir : le candidat semble avancer dans une rue qui va sans cesse en se ré-

trécissant, heureux encore quand il ne s'est pas engagé dans une impasse ; les concours se multiplient, l'enserrent, et après dix, quinze tentatives, il se retire découragé, souvent n'ayant peut-être dû son échec qu'à ce qu'il a rencontré sur sa route un rival plus savant, ce qui cependant ne diminuait en rien sa valeur. En Autriche, tout est combiné pour aplanir et élargir au travailleur la voie qu'il parcourt : il peut sans arrière-pensée se livrer à ses recherches de prédilection ; c'est à l'œuvre de chaque jour qu'on le jugera ; si aisés à obtenir sont les grades qu'il ambitionne, que pas un instant il ne songe à abandonner la partie ; ce n'est pas par une série de combats plus ou moins heureux qu'il triomphe, mais par une sorte d'évolution naturelle, sans secousses, il récolte logiquement en honneurs, ce qu'il a semé en travaux. Et il en résulte que si Paris forme de meilleurs cliniciens, Vienne, comme Berlin, a plus de savants, plus de professeurs (1).

(1) M. Fiaux résume ainsi l'opinion que les Allemands ont de notre mode de recrutement scientifique par voie de concours : « Les concours usités en France, disent-ils, ont un caractère » aristocratique qui ne peut convenir à leurs principes en ma- » tière d'enseignement ; il leur faut pour peupler leurs chaires » de médecine, de philosophie, de droit, des lois de recrute- » ment à base étendue, qui n'excluent, ne découragent per- » sonne, fassent appel aux talents obscurs, lents et silencieux, » comme aux personnalités ambitieuses et aux esprits vifs et » brillants, chez qui le mérite est loin du reste d'être absent ; » il faut à leur système des assises solides, démocratiques. Les » Allemands disent encore que pour le bien de l'État, il faut,

C'est seulement lorsque sa scolarité est finie et qu'il a reçu le titre de docteur que le médecin autrichien peut aborder la carrière scientifique, soit qu'il s'y destine entièrement, soit qu'il en veuille seulement gravir les premiers échelons pour acquérir, ainsi que je l'ai déjà dit, un peu de cette expérience clinique qu'on ne lui a pas octroyée sur les bancs de l'École, ou surtout pour pouvoir faire suivre son nom d'un titre universitaire, fût-ce la modeste appellation d'assistant. Il suffit d'avoir passé peu de temps à Vienne pour se rendre compte de l'étrange fascination qu'exercent les titres sur les Autrichiens, semblables en cela à leurs voisins allemands. Ils sourient de notre décoration rouge, nous reprochant d'arborer ainsi le témoignage de notre vanité ; mais ils se garderaient bien de se parler entre eux sans étaler à chaque

» en général, donner aux esprits qui aspirent à se produire au » dehors le plus de facilités, le plus d'occasions possible, » loin de restreindre les occasions et d'augmenter les difficultés, » comme ils le voient faire ailleurs ; or, ce n'est pas pour eux » une question de savoir si le système des concours éloigne » de la carrière de l'enseigneme t plus de talents, qu'il en met » en évidence, et un tel résultat suffit à leurs yeux pour condamner le mode de recrutement français. Ajoutons que le » concours, par sa nature même, par les qualités hors ligne » qu'il réclame de ceux qui triomphent, comme de ceux qui » échouent, par la spontanéité de talent, la rapidité de conception de plan, de méthode, le talent oratoire, la facilité » de l'exposition, l'appel immédiat à toutes les connaissances » antérieures, à l'expérience d'une vie scientifique entière, répugne aux habitudes intellectuelles et aux procédés de l'Allemagne savante. »

instant la série de leurs titres. La plus grande satisfaction de celui qui obtient le professorat est de s'entendre dire : Herr Professor. Herr Professor dans la rue, Herr Professor à la brasserie, Herr Professor chez lui, Herr Professor partout ! Lui dire Monsieur, l'appeler par son nom serait impertinent. Plus modeste, mais plus susceptible encore, le Herr Doctor tient autant à son titre. Au reste, les deux appellations se complètent au mieux : pour ne pas perdre une miette de ses qualificatifs, le maître, sur ses cartes, s'intitule « professeur docteur. » Et cette titromanie gagne la famille. Madame se fait appeler Frau Doctor, Frau Professor ; et l'on serait bien mal élevé si, en société, on se permettait de lui dire simplement « gnädige Frau. » J'ai vu des Autrichiens s'étonner que je ne comprisse pas la beauté de cette hiérarchie des qualifications. Elle se laisse mal apprécier, en effet, par notre esprit égalitaire ; elle se comprend mieux dans un Empire absolument aristocratique, encore un peu Moyen âge, où l'adresse des lettres porte couramment cette mention : à M..... de très haute naissance.

Mû par toutes ces considérations, vers vingt-trois ans, le jeune docteur aborde la carrière universitaire. De la façon dont il y entre, dépend tout son avenir, car, dès ce moment, il doit choisir la branche de la science médicale à laquelle il se consacrera et qu'il ne pourra plus jamais abandonner ; tout jeune encore, il devra se spécialiser

définitivement. A vrai dire, cette spécialisation dépend moins souvent de ses tendances propres que des circonstances. En effet, le premier pas à faire est d'entrer dans une clinique en qualité d'*aspirant*; cette clinique, s'il le peut, il la choisit suivant ses goûts. Mais comme aucun concours ne lui en ouvre de droit la porte, comme le libre choix du professeur seul décide de son admission, il peut se faire que, repoussé ici, il s'adresse au pis-aller là où il n'aurait pas eu d'abord la pensée d'entrer. Il va sans dire que la cote d'une clinique est d'autant plus élevée que son chef jouit d'une plus grande influence dans les conseils universitaires, ou encore que la science qui s'y donne offre sur le marché un placement plus facile. De telle sorte que le premier soin du docteur en quête d'une place d'aspirant est de se munir de puissantes recommandations : c'est presque le seul poids qui puisse faire pencher la balance de son côté, car il n'a pu faire encore aucun travail personnel qui le recommande.

L'aspirant a des fonctions équivalentes à celles de nos externes des hôpitaux : comme eux, il écrit les ordonnances, prend les observations (ce qui s'appelle tenir le registre du protocole), fait les pansements élémentaires ; seulement la confiance plus grande qu'il inspire à son chef par un séjour plus prolongé, lui fait peu à peu octroyer des attributions d'importance croissante. Il est, en effet, lié à la fortune de son maître qu'il ne quitte plus

son avancement, s'il le mérite, se fait sur place, sans sortir de la clinique. Il garde ses fonctions plusieurs années, suivant la volonté du professeur ; au reste, elles sont purement officieuses, l'Université n'intervenant en rien dans l'attribution de cet emploi modeste qui ne constitue ni un grade, ni un titre. Pendant le temps où il est en exercice, l'aspirant fait peu de travaux originaux ; il se forme surtout dans la spécialité qu'il a adoptée, et, s'il est travailleur, aide son assistant dans la confection de sa thèse. Trois ou quatre années ainsi consacrées lui donnent une solide instruction spéciale. La comparaison que j'ai faite plus haut entre l'aspirant viennois et l'externe parisien, assez juste quant à la fonction, cesse de l'être pour ce qui a trait au mérite personnel. Trouvera-t-on dans notre service laryngologique des hôpitaux des externes qui, comme les aspirants que j'ai connus à la clinique du professeur Störk, soient capables d'enlever avec aisance des papillomes du larynx, ou puissent couramment faire des recherches histologiques, que même certains de nos internes seraient embarrassés de pratiquer ?

Au bout de deux à trois ans, l'aspirant cherche a gagner un nouveau galon : il « aspire » à devenir *assistant*. Comme une clinique ne comporte en moyenne qu'un à deux assistants pour quatre ou six aspirants et plus, il en résulte une vive compétition.

Le professeur est, en ceci, absolument maître

de son choix : par sa seule volonté, sans examen universitaire, l'aspirant devient assistant. Ce système est entaché d'un favoritisme évident ; mais c'est un favoritisme franc, qui ne se dissimule pas derrière les épreuves d'un concours. Au reste, malgré l'influence que peuvent avoir en l'espèce les recommandations, et (facteur peu négligeable à Vienne) les questions de religion, le choix de l'assistant est le plus souvent des meilleurs.

Le professeur qui, chaque jour, pendant plusieurs années, a pu apprécier la valeur de ses aspirants, est autrement apte à choisir, que le juge qui, durant un quart d'heure, a entendu lire une composition écrite ; et son intérêt le pousse à prendre avec lui le plus sérieux des candidats, capable par ses travaux de jeter un lustre nouveau sur la clinique qu'il dirige. Quant aux aspirants malheureux, il leur reste tout au plus la ressource de patienter plusieurs années, jusqu'à l'époque d'une nouvelle promotion ; chercher un débouché dans une clinique voisine leur est presque impossible.

L'*assistant* est un personnage ; le comparer, comme on le fait souvent, à un interne est une erreur : il est plus, il est au moins autant que nos chefs de clinique. Au reste, les hiérarchies médicales françaises et autrichiennes se prêtent peu à un parallèle serré (1).

(1) L'*interne* français répond plutôt au *secundararzt*. La comparaison entre le personnel des hôpitaux français et autri-

L'assistant est nommé pour deux ans ; mais il a droit à quatre années supplémentaires. Il est logé à l'hôpital, et touche un traitement variant de 1.500 à 1.800 francs. C'est lui le véritable médecin du service, son chef étant avant tout un professeur.

---

chiens peut être assez exactement établie d'après le tableau suivant :

	PARIS	VIENNE
Services dépendant de la Faculté de médecine.	Professeur de clinique	Professeur { ordinaire / extraordre
	—	—
	Chef de clinique	Assistant
	—	—
	Internes et externes	Aspirants
Services ne dépendant pas de la Faculté de médecine.	Médecin des hôpitaux	Primararzt
	—	—
	Interne	Secundararzt

Le *professeur ordinaire* est nommé par l'Empereur.

Le *primararzt* est nommé à vie, sans examen probatoire, par el Ministre de l'Intérieur.

Quant aux *secundararzt*, il en est deux classes :

Le *secundararzt de première classe* est nommé sur la proposition de la commission des primarärzte, par la *Statthalterei*, et a pour fonctions d'aider son chef et de le remplacer pendant ses absences.

Le *secundararzt de seconde classe* est nommé simplement par le directeur de l'hôpital qui le choisit à l'ancienneté, parmi les aspirants.

Il travaille beaucoup ; quand il arrive au terme de ses fonctions, ayant passé cinq à six ans dans un même service où il avait déjà fait le long apprentissage d'aspirant, il est devenu tout à fait maître en son art spécial. Il est vraiment digne de la charge importante qu'on lui confie.

Quand le professeur s'absente, ce n'est pas un agrégé, un privat-docent quelconque, venu d'un autre milieu avec des idées parfois absolument inverses des siennes, qui le supplée. La clinique est une famille où nul ne peut entrer s'il n'y est né à la science. L'assistant fait seul le service de vacances : en août et septembre, il y donne des cours payants, fort suivis, et le reste de l'année, il complète l'enseignement du professenr, souvent se chargeant de la partie théorique, sans qu'à aucun moment ces deux enseignements puissent se trouver en contradiction, puisque tous deux coulent de la même source, la tradition de la clinique, peut être même un peu trop pieusement gardée.

Il peut se faire que l'assistant veuille s'arrêter à ce degré de l'échelle hiérarchique qu'il a atteint ; veut-il exercer dans une petite ville de province, son titre lui vaudra autant de considération et de clientèle qu'à celui qui s'intitule chez nous ancien interne des hôpitaux. A Vienne même, sur les plaques indicatrices que tout médecin met à sa porte, on voit souvent le nom suivi de cette formule : *Emer. Assistent*..... Mais plus souvent, l'assistant a une ambition plus grande : celle de briguer

le titre de privat-docent ; et il est bien rare qu'il ne le fasse point, tant il lui est aisé de l'obtenir. Pendant les quatre ou six ans qu'ont duré ses fonctions, il a eu tout le loisir de travailler à atteindre ce but.

Le *Privat-docentat* est une fonction accessible à tous, nationaux et étrangers ; de celui qui s'y présente, on ne requiert que deux conditions : parler la langue allemande et avoir au moins deux ans de doctorat. Comparées aux difficultés inouïes des concours français, les épreuves qui y donnent accès sont vraiment peu redoutables. L'examen s'appelle l'*Habilitation*. Le candidat qui veut être habilité se présente devant une Faculté, produit sa biographie et dépose une thèse. Cette thèse peut parfaitement n'être pas inédite. En général, elle forme un mémoire très soigné, préparé depuis longtemps, édité avec un certain luxe, c'est l'*Habilitationsschrift*, qui le plus souvent marque dans la science, et prend une grande valeur documentaire des recherches minutieuses et patientes qui lui ont donné naissance. Si la commission nommée par la Faculté fait sur ce travail un rapport favorable, ce qui a toujours lieu, le candidat est admis à subir l'épreuve publique, le *Colloquium*. C'est le plus souvent une simple formalité, en tous cas une épreuve peu sérieuse, dont il peut même être dispensé, si sa renommée antérieure ou ses appuis ont quelque poids sur la décision de ses juges ; toutefois cette dispense ne peut être obtenue qu'à

l'unanimité des suffrages. Le colloquium n'a du reste rien de bien terrible : la Faculté désigne au candidat un sujet à traiter, qui est nécessairement choisi parmi les questions spéciales dont il s'est occupé. Il a quatre semaines pour préparer sa leçon, et, comme le fait remarquer M. Blanchard, il interroge souvent pendant ce temps les professeurs, se met d'accord avec leur manière de voir, et, quand arrive le jour de l'épreuve, aucune surprise n'est possible, tout a été préparé dans la coulisse. Ce colloquium avait jadis lieu en latin ; maintenant il se passe en allemand, ce qui le simplifie encore davantage.

L'épreuve est donc facile ; elle l'est d'autant plus qu'elle ne porte que sur la branche particulière dont s'est occupé le candidat, auquel il est loisible d'adopter une spécialisation aussi étroite qu'il lui plaît. Il est vrai qu'elle ne mène pas à des fonctions rétribuées.

On a souvent comparé le docent allemand à l'agrégé français ; c'est là une erreur. L'agrégé a des fonctions ; le docent n'a qu'un titre. L'agrégé est nommé par l'Etat ; le docent ne reçoit que l'investiture académique. L'agrégé est un fonctionnaire du gouvernement qui fait passer des examens, donne un cours officiel et émarge au budget de l'Etat ; le docent est un simple particulier, qui ne fait partie d'aucune commission d'examens, et enseigne à ses risques et périls ; il est libre, professe où et quand il veut ; tout au plus des règle-

ments, tombés en désuétude, autorisent l'Université à lui retirer son titre, s'il reste une année sans faire de cours.

On pourrait plutôt le comparer au maître de conférences de nos Facultés des lettres et des sciences, qui prépare les jeunes gens à la licence. Et encore, le maître de conférences touche un traitement de l'Etat, tandis que le privat-docent ne reçoit d'émoluments d'aucune caisse publique [1]. Le privat-docent, en effet, n'est autre chose que le *repetitor* des Universités allemandes du Moyen âge.

Cependant, quoiqu'il ne s'y attache ni traitement, ni fonction, le titre de privat-docent a une valeur réelle. C'est qu'en effet, en Autriche, l'enseignement de la médecine n'est pas libre comme chez nous. Seuls, les professeurs et les docents peuvent faire des cours payants. Cette autorisation est également accordée aux assistants, mais pendant les quatre ou six années de leur exercice seulement ; elle est refusée aux médecins des hôpitaux, aux primararzt, si, ce qui est rare, à leurs fonctions hospitalières, ils ne joignent pas un titre universitaire. Donc, l'habilitation ne confère au privat-docent qu'un titre ; mais ce titre lui donnera le droit d'enseigner dans un local uni-

---

[1] Depuis quelques années, le Gouvernement autrichien a de la tendance à allouer une petite somme annuelle à plusieurs d'entr'eux.

versitaire et d'avoir des élèves ; il pourra afficher et annoncer publiquement ses cours.

Son enseignement ne pourra toutefois se faire que suivant un programme très strictement restreint ; cela résulte des conditions qui ont présidé à son habilitation. Quand il s'est présenté aux suffrages de la Faculté, il a indiqué sur quelle partie de la médecine il tenait à être examiné ; et ce faisant, il a tracé autour de lui un cercle étroit dont il ne pourra plus jamais sortir. Si spéciale a été l'épreuve, spécial a été le titre : il n'a pas été habilité comme privat-docent, mais comme docent d'otologie ou de laryngologie, par exemple, et il tient de l'Université le droit d'enseigner seulement la branche pour laquelle il a reçu la consécration officielle. Ce n'est que dans les petites Universités qu'il peut momentanément enfreindre ces dispositions, dans un cas d'absolue nécessité. Libre, il ne fait que des cours payants, le plus souvent très élémentaires, cours en série qu'il recommence plusieurs fois dans un semestre ; il évite avant tout de faire double emploi avec l'enseignement du professeur, sachant fort bien que l'élève se fait inscrire de préférence chez le maître qu'il aura plus tard comme examinateur à son rigorosum.

Le privat-docent est nommé à vie : il ne cesse de compter à l'Université que s'il meurt ou s'il devient professeur extraordinaire.

La libéralité avec laquelle l'Université ouvre la

porte du privat-docentat à ceux qui y viennent frapper, est un des côtés par lesquels l'organisation médicale germanique mérite le plus de fixer notre attention. Non seulement elle réduit l'épreuve d'entrée à sa plus grande simplicité, l'individualisant dans chaque cas suivant les tendances du candidat; non seulement encore elle permet cette entrée à toute heure, sans forcer le futur docent à perdre plusieurs années de son existence dans l'attente, ainsi que cela a lieu dans les pays où le concours est triennal; mais, chose capitale, comme je l'ai déjà dit, elle ne limite pas d'avance le nombre de ses élus; elle est plutôt prodigue qu'avare de ses faveurs. Cela lui est possible, il est vrai, parce qu'elle ne nomme pas à des places vacantes, dont le nombre est nécessairement restreint, mais parce qu'elle confère simplement un titre, qu'elle peut multiplier à volonté sans causer de dommage à qui que ce soit. Bien plus, l'intérêt d'une Faculté est d'habiliter le plus possible de privats-docents; et cet intérêt est à la fois moral et matériel. Etant donné que tout candidat méritant peut recevoir l'habilitation, on conçoit que la valeur de l'Université se mesure assez bien au nombre de docents qu'elle renferme. D'autre part, le corps des docents est la pépinière où celle-ci recrutera ses professeurs; elle choisira parmi eux ceux dont l'enseignement aura eu le plus de succès, ce qui se mesurera encore au nombre des élèves qu'il aura su attirer; et l'on comprend

que plus le nombre des docents sera grand, plus son choix sera étenduet, par conséquent meilleur il pourra être. Mieux vaut une large tolérance qui laisse admettre des médiocrités, qu'une sévérité trop grande qui risque d'éliminer un talent méconnu. Au reste, le grand nombre de docents donne à une Faculté une richesse de cours dont profitent immédiatement les élèves : Vienne n'a pas trop de ses quatre-vingts docents pour fournir les multiples enseignements spéciaux qu'y viennent chercher les médecins étrangers qui l'encombrent.

Le privat-docent a généralement l'ambition haute ; il ne comprend ses fonctions que comme une étape intermédiaire, au bout de laquelle il atteindra enfin le titre de professeur, cet idéal auquel il a rêvé pendant bien des nuits de sa jeunesse. Etre Herr Professor! l'harmonieux mot qui bercera à chaque instant ses oreilles! Ne plus être appelé M. un tel, comme le commun des hommes, mais devenir glorieusement impersonnel par ce mot magique : Herr Professor!... Heureusement, l'Université est bonne mère ; elle réalise complaisamment ces désirs. En effet, bien que théoriquement le titre de privat-docent ne donne aucun droit à devenir professeur, en fait, il est rare que des privats-docents n'aient pas obtenu des chaires au bout d'un certain nombre d'années, cinq à six ans en moyenne. On peut donc dire que, sauf raisons spéciales, tout docent deviendra professeur ; ces raisons spéciales sont ou bien l'in-

suffisance notoire du candidat, ou plus souvent des rivalités d'école, telles que celles qui existent à Vienne entre la Policlinique générale et l'Hôpital général, et qui ont si longtemps fait maintenir dans la condition inférieure de docent des hommes de la valeur d'Auspitz ou de Benedikt.

Pour devenir *professeur extraordinaire*, le docent n'a aucune épreuve à subir : c'est la simple nomination par le Ministre de l'Instruction publique, d'après une liste de présentation fournie par la Faculté. Abstraction faite des protections efficaces qui s'exerçent également bien sous toutes les latitudes médicales, deux choses désignent le docent au choix de la Faculté : le succès qu'il a obtenu dans les cours particuliers qu'il a donnés depuis cinq ou six ans, et la valeur des travaux qu'il a publiés pendant ce temps. Il n'est même pas rare qu'il soit nommé professeur extraordinaire à la suite d'une pétition signée par les élèves, pétition dont la Faculté tient grand compte, puisque ce sont eux qui, en partie, fournissent les honoraires de leurs maîtres et qu'ils n'hésiteront pas à quitter l'Université où ils sont immatriculés pour suivre dans une autre ville le professeur qu'ils apprécient.

En devenant professeur extraordinaire, le privat-docent change généralement d'Université ; mais ce roulement est assez restreint, n'ayant lieu qu'entre les quatre Facultés de médecine de langue allemande que possède l'Autriche. Le plus

souvent il commence par Innsbruck, puis, à mesure que son importance s'accroit, passe à Graz, à Prague et finit souvent, mais non toujours, par arriver à Vienne. Cependant le docent peut éviter ces déplacements, surtout si ses cours ont eu un grand succès, ainsi Politzer, Urbantschitsch et bien d'autres furent promus sur place ; l'Université de Vienne n'aurait eu garde de se priver de leur enseignement si brillant et si fructueux pour elle.

Le docent, promu à l'extraordinariat, change seulement d'appellation, mais non de fonctions : c'est un titre de noblesse, celui de Herr Professor, qu'on lui confère, rien de plus. Il ne participe pas plus qu'auparavant aux actes de la Faculté ; il est comme un membre libre dans une Académie. Il continue à professer à ses risques et périls dans des cours particuliers payants ; et toujours il doit se maintenir dans l'étroit programme d'enseignement qu'il a choisi à l'époque de son habilitation. Fiaux cite le cas d'un professeur extraordinaire qui fut obligé d'adresser une demande au Ministre, parce qu'au lieu d'annoncer un cours sur les *maladies du système nerveux*, il voulait faire des leçons sur les *maladies du cerveau* plus particulièrement.

Quelques années après qu'il l'a nommé, l'Etat donne un traitement fixe au professeur extraordinaire. Mais s'il l'autorise à enseigner, il ne lui en fournit pas toujours les moyens ; c'est qu'en effet, par la force de choses, le titre de professeur extra-

ordinaire ne peut être que purement honorifique, puisque le nombre de nominations à faire est illimité, et que dans une même matière il peut y avoir autant de professeurs promus qu'il y a de docents méritants ou en faveur. Un exemple : Vienne possède trois professeurs extraordinaires d'otologie ; deux d'entr'eux seulement, Politzer et Gruber, sont chargés d'une clinique officielle à l'Hôpital général. Le troisième et dernier nommé, Urbantschitsch, a son titre, rien de plus ; aussi a-t-il dû chercher ailleurs un débouché à son activité ; et c'est pour fournir à ceux qui se trouvent dans le même cas des matériaux de travail et d'enseignement, qu'a été fondée la belle institution libre de la Policlinique générale.

L'extraordinariat a été institué dans deux buts : servir de stage à l'ordinariat et surtout suppléer à l'insuffisance numérique de celui-ci. Dans bien des cas, l'extraordinaire gardera son titre et son traitement toute sa vie sans pouvoir s'élever plus haut : cela tient aux matières qu'il enseigne et non pas le plus souvent à sa moindre valeur ; ainsi l'illustre Politzer, l'une des plus grandes gloires de l'École viennoise, n'est que professeur extraordinaire, et demeurera probablement toujours tel.

J'ai souvent eu l'occasion de remarquer, pendant mon séjour en Autriche, que les étrangers appartenant à un pays où le système universitaire germanique n'est pas en vigueur, se font une idée assez vague des différentes attributions du professeur

extraordinaire et de l'ordinaire. La distinction est cependant bien simple à établir.

L'extraordinariat est un titre ; l'ordinariat une fonction. L'extraordinaire a le nom de professeur[1] et c'est tout. L'ordinaire seul fait partie du conseil de la Faculté, seul fait passer les rigorosen, seul investit les docteurs, seul habilite les docents ; et seul aussi il a le droit de voter dans l'élection des nouveaux extraordinaires ou des ordinaires. Aussi a-t-il dans la Faculté une influence beaucoup plus grande que l'extraordinaire, prend la préséance sur celui-ci et touche un traitement plus fort. Les étudiants se font inscrire de préférence à ses cours, car ils seront interrogés par lui aux rigorosen, et savent qu'en devenant ses élèves ils gagneront son indulgence.

Nous avons vu que le privat-docent, pour peu qu'il ait quelque mérite, obtient le plus souvent le titre de professeur extraordinaire ; au contraire, il est peu fréquent que l'extraordinaire devienne *professeur ordinaire*. Il faut bien connaître les mœurs des Universités autrichiennes pour comprendre cette anomalie. Deux cas peuvent se présenter : ou bien l'extraordinaire professe des spécialités non obligatoires pour les rigorosen ; or, comme il est de règle qu'un examinateur ne peut interroger un rigorosant que sur les matières qu'il a enseignées

(1) L'usage veut que l'extraordinaire et l'ordinaire soient également appelés : Herr Professor.

dans ses cours, il en résulte que l'extraordinaire ne fait pas régulièrement partie d'une commission d'examen, et par conséquent n'a pas droit à l'ordinariat [1]. Tant que dans le programme des rigorosen n'entreront ni les maladies des oreilles, ni celles du larynx, par exemple, les professeurs d'otologie et de laryngologie demeureront extraordinaires toute leur vie. Ou bien encore, dans le second cas, l'extraordinaire enseigne la pathologie interne ou externe, l'ophtalmologie, etc., toutes matières qui comportent l'ordinariat. Survient une vacance dans la place d'ordinaire qui lui convient : y sera-t-il nommé ? très rarement. Ici, en effet, se place une habitude qui, quoique noble dans son intention et excellente dans ses résultats, nous étonne et répugne à l'élévation et au désintéressement de notre caractère : c'est quelque chose comme la mise aux enchères d'un savant. Une chaire de pathologie interne devient vacante à Vienne, je suppose ; l'Université cherche à y pourvoir en attirant dans son sein un savant à grande réputation ; peu lui importe sa nationalité, son titre, fût-il simplement docteur, il suffit qu'il parle

[1] On a cependant vu, l'année dernière, le professeur Schrötter, extraordinaire de laryngologie, être nommé ordinaire ; mais aussi, promu à l'ordinariat, il a dû quitter, officiellement du moins, l'enseignement de la laryngologie pour se mettre à la tête de la troisième Clinique de médecine interne. Au reste, cette nomination s'est faite dans des conditions particulièrement personnelles, et n'infirme en rien les règles que j'indique.

allemand. La base de ce recrutement est des plus étendues : celui-ci ne s'exerce pas seulement en Autriche et en Allemagne, mais même en Suisse, en Hollande, en Italie, en Russie. (Ainsi cette année, l'Université d'Innsbruck dans le Tyrol offrait sa chaire de laryngologie à un spécialiste libre de Varsovie dont la notoriété est grande, à Th. Heryng.) L'Université de Vienne, pour attirer le maître qu'elle désire, lui offre une grosse somme ; celui-ci, conscient de sa valeur, demande un traitement encore plus fort ; de part et d'autre, on discute, on cherche à ne point céder ; et ainsi s'établit un sorte de trafic, un marchandage peu honorable pour le savant et pour la science ; on dirait un comédien débattant le prix de son engagement avec un impresario (R. Blanchard). Souvent l'affaire se complique ; si ce premier sujet en vaut la peine, d'autres Universités lui font également des propositions alléchantes ; Vienne offre un prix, Munich met une surenchère, Berlin propose plus encore ; souvent l'État intervient dans la dispute avec des arguments non moins séduisants : c'est une décoration, c'est un titre de conseiller secret (geheimrath) qui triomphent des dernières résistances de l'homme de science ; et, il faut aussi faire entrer en ligne de compte l'attrait qu'exerçent sur lui les grandes capitales avec leurs riches clientèles : le savant allemand, bien qu'il s'en défende, ayant pour celles-ci d'assez vives sympathies. A la fin, Vienne triomphe (je continue à supposer);

elle s'est décidée à payer un gros prix le professeur en vogue, mais elle en est rémunérée en voyant arriver dans ses amphithéâtres, attirés par sa nouvelle recrue, une foule d'étudiants qui errent d'Universités en Universités, à la recherche des enseignements célèbres. Je me représente mal, je l'avoue, nos Facultés de France se disputant à coup de billets de banque un Pasteur ou un Charcot : ces choses-là, chez nous, se passent seulement dans un théâtre, en quête d'une étoile. Après tout, peut être avons-nous tort d'être aussi puritains ; où serait le mal, si un peu moins de délicatesse dans nos sentiments encourageait davantage nos travailleurs? En tout cas, c'est par ces moyens que l'Université de Vienne s'est donné le luxe de professeurs tels que Billroth, Nothnagel : je ne sache pas qu'elle ait à regretter ses dépenses [1].

J'ai montré déjà quelles sont les fonctions du professeur ordinaire : à peu de chose près, celles des professeurs de nos Facultés. Comme tous les membres de l'Université, il fait des cours payants ; seulement, une fois par semaine, il est tenu de

---

[1] Cependant, une tendance à réagir contre cette importation de l'élément étranger commence à se manifester à l'Université de Vienne : celle-ci est quelque peu froissée d'être obligée d'emprunter ses premiers professeurs à l'Allemagne, sa suzeraine ; aussi va-t-elle de plus en plus faire avancer sur place ses docents et ses extraordinaires. La nomination de Schrötter, si bien accueillie par tous, est un grand pas fait dans ce sens. Au reste, une Faculté qui a produit Hyrtl, Rokitansky, Oppolzer, Skoda, Hebra, Politzer, doit pouvoir se suffire à elle-même.

faire une leçon gratuite, ouverte à tous. Or, c'est là un des titres dont il est le plus fier : il ne manque pas de s'intituler *öffentlicher ordentlicher Professor*.

Le taux de ses émoluments est, relativement au traitement de nos professeurs, très élevé. Il touche de l'Etat un traitement fixe, proportionnel à sa valeur scientifique, qui parfois est cotée plus de trente mille francs ; il l'augmente souvent d'une indemnité de logement. D'autre part, tout étudiant qui veut suivre ses cours doit lui payer, par semestre, une somme dite *Collegiengeld*, laquelle, si le professeur a du succès, ou si encore aux examens il est spécialement bienveillant pour ses auditeurs, peut annuellement atteindre le chiffre de dix mille francs. On voit qu'en Autriche il peut devenir avantageux de bien enseigner.

En échange de ces avantages, on exige du professeur qu'il fasse son cours lui-même ; les suppléances, dont on abuse tant dans notre enseignement supérieur, ne sont point admises dans les Universités autrichiennes. Si, pour pouvoir se livrer à d'importantes recherches, le professeur a besoin de tout son temps, il peut être autorisé pendant quelques années à ne pas faire de cours, mais il n'est pas suppléé : sur le tableau des cours de l'Université, en regard de son nom, se trouve la mention d'usage : *liest nicht*, ne lit pas.

Lorsque vieilli, usé, il aspire au repos, c'est encore avec la formule *liest nicht* qu'il figure sur

la liste des membres de l'Université, comme dispensé de tout service ; une chaire qui double la sienne est créée et confiée à un nouvel ordinaire ; mais jamais il n'est mis à la retraite : il meurt en activité théorique de service, toujours Herr Professor comme il a vécu.

∴

Ce mode d'organisation de l'enseignement supérieur de la médecine en Allemagne et en Autriche soulève en France de violentes critiques. Il est certain que ce n'est pas là le système idéal, que nous rêvons tous plus ou moins, certains que nous sommes de ne pas le posséder non plus. Le mercantilisme qui l'entache n'est cependant pas ce qu'il faut y blâmer surtout, puisqu'en somme l'argent est encore ce qu'on a trouvé de plus efficace pour encourager le travail. Le plus grand reproche que nous lui adressons est qu'il ouvre sa porte toute grande au favoritisme. En France, disons-nous, grâce aux concours, un individu de haute valeur peut, même sans aucun soutien, par le seul brillant de ses épreuves, s'imposer au choix de ses juges et forcer le passage (?). En Autriche, une pareille chose est impossible : tous les élèves qui sortent de la clinique de X... seront bien casés, parce que X... jouit d'une grande influence ; au contraire Y..., moins puissant, ne pourra faire arriver aucun

de ses assistants auxquels, quelle que soit leur valeur, il ne restera d'autre avenir que d'aller quêter avec leur titre la clientèle dans les petites villes de province. Juger les candidats seulement sur leurs travaux antérieurs est un fallacieux moyen de ne faire intervenir dans le débat que des questions de personnalité.

Mais avant de jeter la pierre aux Autrichiens, sommes-nous bien sûrs de n'avoir jamais péché de la sorte ? Est-ce que la série de nos épreuves en cinq, en dix, en quinze, en vingt, en trente, en quarante-cinq minutes, garantit tellement l'impartialité de nos choix, que jamais la moindre réclamation n'ait pu s'élever contre eux ? Je pense que nous n'avons certes ni plus ni moins de favoritisme que les Allemands. Et il est, ce me semble, moins pénible de rencontrer sur son chemin la barrière close, sans s'être dérangé de sa route, et de s'en retourner tranquillement, que de venir s'y heurter nombre de fois, après s'être entraîné des années à l'ouvrir, et avoir fait, à travers les conférences, un immense détour pour l'atteindre. Je ne veux du reste pas, dans ce livre dont le but est tout autre, engager le procès des concours, la discussion sur ce point n'ayant généralement d'autre effet que de fortifier chacun de nous dans ses opinions premières ; je tiens surtout à faire ressortir qu'à mon sens, le plus grand avantage du système de sélection allemand n'est pas tant encore de donner au futur savant des

aspirations plus hautes que de savoir bien équilibrer un « plan de question » ou trousser proprement un « malade en dix minutes », que de lui permettre de concentrer ses études sur le point qu'il aura choisi, en un mot de se *spécialiser*.

La spécialisation est le grand ressort de l'Allemagne savante : elle est devenue pour elle un dogme sur lesquel elle a fondé sa grandeur. En littérature, en science, en médecine, nous l'y rencontrons à chaque pas : non point une spécialisation opportuniste, née sur le tard, mais une spécialisation systématique et précoce. Et nulle part nous ne trouvons cette tendance plus accusée que dans la carrière scientifique du médecin autrichien ou allemand.

En effet, une fois en possession du diplôme de docteur, il choisit la branche de la médecine vers laquelle se portent soit ses goûts, soit les circonstances ; et à partir de ce moment il se spécialise, d'une façon définitive. Il est encore très jeune, à peine vingt-quatre ans. Dès lors, il va employer toutes les forces de son intelligence, consacrer tous les efforts de son travail à cultiver ce petit coin de la science médicale dont il veut faire son domaine. Un professeur de clinique l'accepte comme aspirant : pendant plusieurs années il va se rompre aux difficultés de la spécialité qu'il adopte ; laryngologiste, il se fait la main pour toutes les opérations courantes. Devenu assistant, il entreprend des recherches qui doivent le faire connaître et

prépare sa thèse d'habilitation ; et ainsi, il passe encore quatre ou six années, pendant lesquelles ni examen, ni concours ne le distraient de ses études particulières ; les cours de vacances l'entraînent à professer. Vers trente ans l'Université l'habilite ; l'épreuve qu'il subit est aussi étroitement spéciale que les travaux qui l'ont préparée : rien ne le fait dévier de l'étroit chemin qu'il suit. Le voilà docent : il a reçu consécration officielle pour la spécialité qu'il a adoptée, mais il s'est par là même engagé à s'y maintenir toute sa vie ; il a prononcé des vœux dont on ne le relèvera point.

On ne saurait trop applaudir à cette spécialisation des épreuves qui ouvrent la porte du privat-docentat ; elle est avantageuse pour le candidat auquel elle a permis de ne pas égarer son travail, ni dépenser son intelligence sur des branches de la médecine dont il n'aura que faire plus tard, avantageuse surtout pour l'Université qui ouvre ses portes à un homme très jeune encore et qui cependant est déjà passé maître en son art, grâce à sept ou huit années d'études spéciales faites sous la direction journalière d'un professeur de haute valeur. Et vers trente-six ou trente-huit ans, le docent devient professeur extraordinaire, toujours dans cette même spécialité à laquelle il s'est voué depuis déjà si longtemps. On conçoit quelle compétence possède un tel homme qui, presque depuis le commencement de sa jeunesse médicale, s'est consacré à approfondir le point restreint de la

médecine qu'il enseigne, et qui, une fois arrivé, a encore devant lui un quart de siècle pour accroître sa maîtrise. La réunion de ces divers spécialistes, tous des maîtres, forme dans une Faculté un faisceau enseignant dont la force est supérieure à celle d'une pareille réunion d'hommes, ayant embrassé dans leurs études la médecine entière et qui, par conséquent à peu près tous semblables les uns aux autres, n'arrivent pas à se compléter mutuellement en totalisant leurs connaissances.

En France, la situation faite au travailleur est exactement inverse. Les Ecoles autrichiennes imposent presque de force la spécialisation à leurs candidats ; les nôtres cherchent à la leur rendre impossible. Voyez l'interne, presque l'assistant des maîtres français : le concours qu'il a subi a porté sur tout l'ensemble de la médecine et de la chirurgie ; à vingt-cinq ans, il est également apte à traiter de l'obstétrique, de la dermatologie, de l'ophtalmologie..., en cinq minutes. Pendant ses quatre années d'exercice, il tâche de multiplier le plus possible le nombre de ses services, car il passe six mois à Bicêtre, six mois à St-Louis, six mois aux Enfants-Malades, six mois dans une Maternité : çà et là il a glané un peu de science, mais surtout collectionné beaucoup de «chefs» pour ses futures luttes. Docteur, le voilà candidat au Bureau Central et à l'Agrégation ; alors commence sa longue odyssée à travers les concours : où trouver le temps de s'occuper de ses études de prédilection, quand il doit tou-

jours se tenir prêt à répondre, au premier appel, sur n'importe quel point de la médecine ou de la chirurgie? à quoi bon s'entraîner à connaître mieux un des côtés de la pathologie, puisqu'au Bureau Central le malade qu'il aura « à faire en dix minutes » pourra indifféremment être atteint de pneumonie, de sclérose en plaques, d'érythème polymorphe ou de blennorrhagie? puisqu'aux concours d'Agrégation, les mêmes épreuves seront imposés aux candidats aux chaires de pathologie générale, d'hygiène, de dermatologie, de médecine légale... ? Cependant, à trente-cinq ans, si c'est un homme heureux, il est arrivé : agrégé, médecin des hôpitaux. Va-t-il pouvoir enfin s'adonner à ses études de prédilection ? En théorie, certes, puisque ses concours sont finis. Mais en pratique, voici comment on lui en facilite les moyens. Le matin, pendant les cinq années de son stage au Bureau Central, l'Assistance Publique le promènera d'hôpital en hôpital au besoin des remplacements ; les hasards du roulement pourront parfaitement envoyer un dermatologiste à Lariboisière, un laryngologiste à St-Louis. Le soir, la Faculté le chargera de faire une conférence; mais tel qui est devenu justement compétent en bactériologie, pourra être choisi pour enseigner les maladies du larynx. Et même, il pourra se faire qu'empêchés par la force de l'ancienneté, des hommes qui se sont acquis dans leur spécialité une réputation européenne, puissent ne pas arriver dans l'hôpital spécial pour lequel leurs

travaux les désignent d'une façon criante. « Qu'importe, puisque c'est le service qui fait l'homme, » nous dit-on.

Voilà donc deux systèmes bien opposés, autant et plus que les esprits des deux races auxquelles ils s'appliquent. Où se trouve donc la vérité? pourquoi condamner plutôt l'un que l'autre? Le nôtre n'est certes pas le plus mauvais, à en juger par la valeur des travaux qu'il a fait naître, le mérite des hommes qu'il a mis en lumière. Peut-être même, après tout, cette spécialisation à outrance dont souffre la médecine allemande est-elle un mal qui heureusement ne nous a point contagionnés..... Je sais bien que telles ne sont pas et ne seront jamais nos tendances; ce qui plaît à nos intelligences, ce sont ces synthèses brillantes qui, dans une formule d'ensemble, résument tous les maux de l'organisme, de larges théories conçues dans une envolée de l'esprit, et qui séduisent; toujours nous répugnera l'analyse minutieuse, cet émiettement de la nosologie digne tout au plus des patiences allemandes: notre esprit est ainsi fait qu'il lui plaît mieux d'effleurer beaucoup de sujets que d'en creuser quelques-uns. Rien n'est plus contraire à cette forme d'essor intellectuel que la spécialisation, qui rétrécit nos horizons et nous force à travailler sur place. Et cependant si c'est là un mal, il est à craindre que cela ne devienne un mal nécessaire. La capacité de l'intelligence humaine a des limites, les progrès de la science n'en ont point.

L'une ne change pas, l'autre s'accroît sans cesse ; et de ce défaut croissant de parallélisme résulte une nécessité : la division du travail, qui n'est autre chose que la spécialisation. Quel esprit pourrait de nos jours contenir la doctrine d'Aristote qui à la fois embrassait la physique, la logique, la métaphysique, la morale, la médecine, la politique ? Ce sera bientôt trop aussi pour nos intelligences que d'avoir à assimiler toute la médecine ou toute la chirurgie ; déjà la tâche devient trop rude ; pour la bien faire, il la faut scinder. La spécialisation des différentes branches de la médecine est l'absolue condition du progrès dans l'avenir ; c'est pour l'avoir comprise avant nous que la Faculté de médecine de Vienne a acquis sa juste renommée ; il y a du reste plus de deux siècles que Pascal a dit qu'il vaut mieux pour l'homme savoir « tout d'un peu qu'un peu de tout. » Et avant lui Montaigne écrivait : « Il fallait s'enquérir qui est mieulx sçavant, non qui est plus sçavant. »

II

L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE

La Faculté de médecine de Vienne est en ce moment à l'apogée de son éclat ; elle n'a pas besoin, pour briller, d'invoquer ses gloires passées ; son succès est tout d'actualité. Il n'y a guère plus de trente ans qu'elle a trouvé sa formule si parfaite ; il lui a fallu des siècles de tâtonnements pour y parvenir.

Elle fut créée en 1384. Pendant longtemps, elle ne joua dans l'Empire qu'un rôle effacé. Du reste, l'enseignement s'y donnait d'une façon qui laissait peu prévoir quels seraient ses procédés futurs ; dans les statuts que Ferdinand I[er] lui imposa en 1554, il était défendu au professeur de parler ; il devait lire son cours dans ses notes manuscrites ou mieux encore dans les livres classiques. On conçoit que les étudiants prissent peu goût à ces lectures. A partir de la guerre de Trente Ans, les Jésui-

tes devinrent maîtres de l'Université, et la Faculté de médecine déclina de plus en plus ; au milieu du XVIIIe siècle, elle était dans une situation tout à fait critique. Ce fut alors que l'impératrice Marie-Thérèse entreprit de la relever ; ne trouvant pas à Vienne d'hommes assez novateurs, assez hardis pour opérer la réforme devenue urgente, elle s'adressa à Boerhaave, qui, à cette époque, professait en Hollande. Boerhaave avait un élève préféré, Van Swieten, alors simple privat-docent à la Faculté de Leyde ; malheureusement, tout avancement lui était interdit, parce qu'étant catholique, il ne pouvait pas devenir professeur dans la grande Université hollandaise. Sa religion, qui lui fermait les portes des Pays-Bas, lui ouvrit celles de l'Empire. En 1545, l'impératrice le fit venir à Vienne, et lui conféra sur tout le monde universitaire un pouvoir despotique ; la lutte entre les Jésuites tout puissants et le nouveau venu dura quatre ans : en 1749, l'Université de Vienne fut enfin réorganisée ; à partir de cette époque, les examens et les grades différèrent et diffèrent encore actuellement de ceux des Universités d'Allemagne.

Pour la première fois, la Faculté de Vienne connut des jours glorieux. Cependant Van Swieten n'avait pas modifié les méthodes d'enseignement qui y étaient en honneur depuis plusieurs siècles ; en 1790, l'empereur Joseph II reprochait encore aux professeurs de faire des leçons orales, et leur rappelait les statuts de Ferdinand Ier, leur enjoi-

gnant de faire des lectures, qui obligeaient les étudiants à prendre beaucoup de notes ; le cours prit le nom de « lecture » *Vorlesung*, qu'il garde encore maintenant.

Mais au commencement du XIX[e] siècle, le succès d'une rivale porta ombrage à l'École de Vienne. La Faculté de Médecine de Paris bénéficiait de la prééminence que les victoires de l'Empire donnaient à la France en Europe : Paris devint le grand centre d'attraction ; et Dupuytren, Laënnec, Bichat, Broussais, surent pendant longtemps lui assurer le premier rang. Peu à peu pâlit l'étoile médicale de Vienne, quand vers le milieu du siècle Oppolzer, Skoda, Türck eurent une inspiration de génie qui allait lui rendre tout son éclat. Ces maîtres comprirent qu'avec les progrès croissants de la médecine, des divisions s'y imposeraient bientôt, et ils pressentirent les premiers le rôle qu'allaient jouer les spécialités. A l'époque où chez nous, éblouie par Trousseau, Velpeau, la médecine était arrêtée dans sa marche, et où les jeunes médecins, hypnotisés par les exemples de ces grands cliniciens, ne pensaient pas qu'il fût possible de faire mieux, ni autrement, les maîtres de Vienne silencieusement préparaient l'avenir et à leurs meilleurs élèves, à Politzer, à Schrötter indiquaient des voies étroites mais nouvelles qui les conduisirent là où on sait qu'ils arrivèrent. C'est à cette époque qu'ils perfectionnèrent la nouvelle organisation de l'École de médecine vien-

noise, avec son riche enseignement de spécialités, avec ses nombreux cours payants et pratiques ; ils mirent en mouvement le merveilleux mécanisme qui aujourd'hui fonctionne encore si bien. Depuis, trente ans ont passé ; un immense succès a confirmé leurs prévisions. Tous les pays les imitent ; nous seuls, encore fascinés par la vision de notre grand passé qui lentement s'efface, avons peine à ouvrir les yeux à l'évidence ; il nous semble sortir d'un beau rêve, maussades et mécontents contre qui vient nous réveiller, et nous reproche d'avoir trop dormi, en nous montrant le grand jour où, levés depuis longtemps, les autres hommes déjà travaillent.

*
* *

L'Université de Vienne comprend actuellement quatre Facultés : théologie, droit, médecine et philosophie ; cette dernière enseigne la philosophie, la philologie, l'histoire, la géographie, les langues étrangères, les lettres et les sciences. La Faculté de médecine est de beaucoup la plus importante de ce groupe ; par le nombre des cours qui s'y donnent et des élèves qui s'y forment, elle occupe le tout premier rang des écoles médicales de langue allemande. Elle mérite son surnom de « Faculté monstre. »

Le nombre des étudiants qui s'y inscrivent est cependant moindre qu'à la Faculté de médecine

de Paris ; mais ce qui donne à la Faculté viennoise sa valeur et son renom, c'est l'abondance excessive de l'enseignement qu'elle dispense. Les chiffres ont ici leur éloquence : pendant le semestre d'été 1892, la Faculté de médecine de Vienne a mis à la disposition de ses élèves 226 cours, dont les titulaires ont été au nombre de 26 professeurs ordinaires, 21 professeurs extraordinaires et 78 privat-docents.

Au risque de froisser quelque peu notre orgueil national, mettons pour un instant cette Ecole en parallèle avec celle de Paris.

1. — Pour instruire un nombre d'élèves supérieur de plus d'un tiers, Paris dispose de 34 professeurs et de 37 agrégés ; c'est déjà là une première infériorité, qui s'accentue beaucoup si l'on regarde les choses de plus près. En effet, à part les professeurs de clinique, ces maîtres ne professent que pendant un semestre ; et, en langage universitaire, on sait qu'un semestre correspond à une période de quatre mois, quelque peu rognée en tête et en queue, et interrompue en son milieu par des vacances légales. A Vienne, tous les professeurs et docents enseignent d'un bout à l'autre de l'année scolaire. Nos agrégés sont encore moins utilisés ; quelques-uns, à l'instar des professeurs, font chaque année une conférence d'hiver ou d'été ; d'autres (par exemple, ceux affectés à l'enseignement de la grosse pathologie interne), peuvent ne paraître que beaucoup plus rarement à l'amphithéâtre,

quand leur tour de roulement les y appelle. En résumé, Paris, quoique possédant plus d'étudiants en médecine que Vienne : 1° a moitié moins de maîtres ; 2° n'emploie la plupart de ceux-ci que pendant quatre mois par an ; 3° et même n'en utilise pas quelques-uns.

Et voilà comment il se fait que, *pendant le semestre d'été 1892, tandis que Vienne offrait 226 cours à ses élèves, Paris ne leur en fournissait que 32 : sept fois moins.*

II. — A Vienne, presque tous les cours sont quotidiens ; l'Université reconnaît deux jours fériés, le samedi et le dimanche. A Paris, ils n'ont régulièrement lieu que trois fois par semaine ; et dans certaines cliniques, le nombre des leçons hebdomadaires faites à l'amphithéâtre est de deux, et peut même tomber à un. Forçant les chiffres au bénéfice de notre pays, nous voyons qu'à Vienne un cours comprend cinq leçons d'une heure par semaine, à Paris trois seulement. Une simple multiplication nous montre que *pendant le semestre d'été 1892, tandis que Vienne offrait à ses élèves 1130 heures de cours par semaine, Paris ne leur en fournissait que 96 : douze fois moins.*

III. — Continuons la comparaison. Cette formidable infériorité numérique des cours de l'École de Paris porte évidemment sur toutes les branches de la médecine, mais se fait surtout sentir dans l'enseignement des spécialités. C'est là le seul côté qui nous intéresse actuellement, le seul par con-

séquent que je veuille considérer. Le tableau ci-joint permet de comparer la façon dont la Faculté de médecine de Vienne et celle de Paris, à la même époque, enseignaient les spécialités ; le parallèle porte toujours sur le semestre d'été 1892.

Les spécialités, dont l'enseignement est le plus en honneur à la Faculté de Vienne, sont la dermatologie, l'otologie, la laryngologie. Aux leçons de Kaposi, de Politzer, de Schrötter, les médecins viennent en foule de tous les pays de l'Europe et d'Amérique, et, au retour, bien peu s'arrêtent à Paris.

La supériorité de l'enseignement médical donné à la Faculté de Vienne n'est pas seulement quantitative : elle est surtout, et ceci est plus important, qualitative. Est-ce à dire que la valeur scientifique de nos professeurs et agrégés soit moindre que celle des ordinaires, extraordinaires et docents qui professent en Autriche ? Personne n'oserait hasarder une telle affirmation, invraisemblable jusqu'au paradoxe. Nous possédons, au contraire, un état-major médical d'élite ; elles sont bien trempées les intelligences qui n'ont pas pour toujours sombré dans cette noire série de naufrages qui marquent la route des concours ; et, sans parler de nos grands maîtres, dont les noms suffiraient à notre fierté, ces intelligences-là contribuent aux progrès de la science, au moins autant que leurs rivales viennoises. Mais tout le talent didactique, tous les efforts des maîtres français sont paralysés

	VIENNE	PARIS
Obstétrique	Schauta (pr. ord.) Chrobak (pr. ord.) Braun (pr. ord.) Von Rokitansky (pr. ext.) Von Dittel (doc.) Lihotzky (doc.) Von Weiss et Koffer. Breus (doc.) Wertheim et Herzfeld (doc.)	Tarnier (pr.) Pinard (pr.) Maygrier (agr.)
	9 cours	3 cours
Pédiatrie	Von Widerhofer (pr. ord.) Weinlechner (pr. ext.) Monti (pr. ext.) Kassowitz (pr. ext.) Eisenschitz (doc.) Von Hüttenbrenner (doc.) Unger (doc.) Frühwald (doc.)	Grancher (pr.)
	8 cours	1 cours
Dermatologie et Syphiligraphie	Lang (pr. ord.) Kaposi (pr. ext.) Neumann (pr. ext.) Kohn (doc.) Von Hebra (doc.) Vadja (doc.) Mracek (doc.) Grünfeld (doc.) Finger (doc.) Von Zeissl (doc.)	Fournier (pr.)

	VIENNE	PARIS
	Schiff (doc.) Riehl (doc.) Ehrmann (doc.)	
	13 cours	1 cours
Neurologie	Benedikt (pr. ext.) Steiner von Pfungen (doc.) Freud (doc.) Frankl-Hochwart (doc.)	Charcot (pr.)
	4 cours	1 cours
Psychiâtrie	Meynert (pr. ord.) Krafft-Ebing (pr. ord.) Obersteiner (pr. ext.) Fritsch (doc.) Steiner von Pfungen (doc.) Holländer (doc.)	Ball (pr.)
	6 cours	1 cours
Craniométrie	Benedikt (pr. ext.)	
	1 cours	0
Rhinologie et Laryngologie	Von Schrötter (pr. ord.) Störk (pr. ext) Schnitzler (pr. ext) Chiari (pr. ext.)	

	VIENNE	PARIS
	Roth (doc.) Grossmann (doc.)	
	6 cours	o
Otologie	Politzer (pr. ext.) Gruber (pr. ext.) Urbantschitsch (pr. ext.) Bing (doc.) Pollak (doc.)	
	5 cours	o
Ophtalmologie	Stellwag von Carion (pr. ord.) Fuchs (pr. ord.) Mauthner (pr. ord.) Von Reuss (pr. ext.) Bergmeister (doc.) Koenigstein (doc.) Klein (doc.) Dimmer (doc.) Czermak (doc.)	Panas (pr.)
	9 cours	1 cours
Maladies des dents	Scheff (doc.) Von Metnitz (doc.)	
	2 cours	o

	VIENNE	PARIS
Maladies des voies urinaires	Von Frisch (pr. ext.) Englisch (doc.) Von Jurié (doc.)	Guyon (pr.)
	3 cours	1 cours
Gynécologie	Von Rokitansky (pr. ext.) Von Böhm (pr. ext.) Lott (doc.) Schlesinger (doc.) Felsenreich (doc.) Lumpe (doc.) Herzfeld (doc.) Von Rosthorn (doc.)	
	8 cours	O
Electrothérapie	Benedikt (pr. ext.)	
	1 cours	O
Massage	Fieber (doc.)	
	1 cours	O

par une méthode d'enseignement essentiellement défectueuse : défauts dont par malheur nous ne nous apercevons pas, parce que dès notre jeunesse, l'éducation universitaire, qui s'est efforcé

d'uniformiser nos esprits, nous a imbus d'admiration pour les leçons magistralement professées *ex cathedra*; nous ne nous étonnons pas de voir exposer à la Sorbonne et à la Faculté, avec des procédés identiques et une éloquence presque égale, les origines de la France contemporaine et les symptômes de la gale. Toujours nous nous sommes connus tels et nous ne nous concevons pas autrement, jusqu'au jour où nous trouverons notre chemin de Damas sur la route de Vienne.

Mais quelle est donc la méthode qui assure à l'enseignement viennois une telle prépondérance ? Elle est bien simple et se réduit à ceci :

1° *les cours sont payants.*
2° *les cours sont pratiques.*

Examinons successivement ces deux points.

I. Les cours sont payants. — C'est une des choses qui nous étonnent le plus au premier abord que de voir les étudiants autrichiens non seulement acheter leur droit de présence aux cours de spécialités dont la fréquentation leur est facultative, mais encore payer pour être admis aux cliniques auxquels la Faculté leur impose l'assistance obligatoire, pendant six semestres consécutifs, sous peine de n'être pas admis à subir les rigorosen. Cette carte forcée nous scandalise, tout simplement. Au fond, comme je le montrerai plus loin, c'est chose beaucoup plus logique et pas plus onéreuse à la bourse peu ventrue de l'étudiant viennois, que

nos droits de consignation et d'inscription; mais en surface, la chose est choquante. Aussi, pour sauver les apparences, la Faculté de Vienne a institué des cours publics gratuits, que donnent les professeurs ordinaires, sur les matières exigées aux rigorosen : pure concession de forme, d'ailleurs, ces cours n'ayant lieu qu'une fois par semaine.

Au point de vue pécuniaire, on peut ranger les cours en plusieurs catégories.

D'abord le *cours gratuit*, unique leçon hebdomadaire à laquelle seul est tenu le professeur ordinaire, et que, s'ils le veulent, l'extraordinaire et le docent peuvent donner aussi, mais par pure bonne volonté. Comme je l'ai dit, cette leçon gratuite imposée au professeur ordinaire constitue une sorte de prérogative dont il est est fier; et il ne manque pas de faire précéder son titre des quatre lettres K. K. O. Ö., c'est-à-dire professeur ordinaire *public* impérial et royal.

Puis le cours semestriel, le *semestrial Vorlesung*; les grandes cliniques, afférentes aux matières sur lesquelles le rigorosant sera interrogé, et dont la fréquentation est obligatoire, ont lieu, comme en France, par semestres d'hiver et d'été; l'inscription s'y fait pour ce laps de temps, et le tarif en est fixé d'après le nombre d'heures de cours que donne le professeur en une semaine : dix heures en général, soit deux heures pendant les cinq premiers jours de la semaine; le prix de l'heure est uniformément déterminé pour toutes

les cliniques par la questure de l'Université.

Vient ensuite le *Privatim* ; c'est un vrai cours particulier payant, mais auquel peuvent assister un nombre indéfini d'auditeurs ; il est généralement fait par un extraordinaire ou un docent, et son objet est soit d'enseigner une spécialité facultative, soit de doubler et de compléter l'enseignement des grandes cliniques semestrielles fondamentales. C'est dans cette catégorie que rentrent la plupart des cours d'otologie et de laryngologie (même celui que donne le professeur ordinaire Schrotter); là, les honoraires sont plus élevés que tout à l'heure, car il s'agit à vrai dire de cours de luxe ; c'est un superflu dont peut se dispenser l'étudiant pauvre pour qui le rigorosum est le seul objectif. Le privatim est complet en cinq ou six semaines ; et, pour cette période, il est fixé un prix en bloc, indépendant de la durée journalière de la leçon.

Enfin le *Privatissime*. C'est presque une répétition, généralement donnée par les assistants en fonctions, leçon en réalité illégale qui ne s'annonce pas sur le programme officiel et ne s'affiche pas. Ici le nombre des auditeurs est limité ; aussi, lorsque le cours a du succès, il peut être nécessaire, pour y trouver place, de s'y faire inscrire plusieurs mois d'avance. En général, on y prend dix élèves, souvent quatre, parfois même un seul. Le maître s'ingénie à accumuler les préparations anatomiques, les malades curieux, les opérations intéressantes, pour rendre son enseignement essen-

tiellement profitable. Quelques assistants font même leur privatissime en langue étrangère, en anglais le plus souvent. Les étudiants viennois suivent peu ces leçons; celles-ci s'adressent surtout aux médecins étrangers venus à Vienne pour s'y perfectionner, qui les recherchent plus encore que les privatim, soit qu'ils comprennent mal l'allemand, soit qu'ils veuillent très rapidement acquérir la pratique d'une spécialité. On conçoit donc que le prix en soit très élevé, infiniment supérieur au tarif des cours privatim.

Telle est, à la Faculté de médecine de Vienne, l'organisation générale des cours payants, celle que plusieurs esprits sages et progressistes voudraient voir établir en France, convaincus que l'expérience en a été faite depuis assez longtemps et avec assez grand succès dans les pays allemands, pour qu'on la tente enfin chez nous, et assez disposés à secouer le joug de nos traditions. Je sais que, parmi la jeune génération médicale française, le principe d'établir des cours payants fait son chemin et gagne chaque jour du terrain ; mais je sais aussi l'opposition acharnée que, d'autre part, on fait à ce progrès. De ceux qui ont été sur place étudier le fonctionnement des Universités allemandes, presque tous sont revenus chauds partisans de la réforme ; parmi les opposants, beaucoup la rejettent *à priori*, le connaissant mal. A vrai dire, ce parti « vieux français » compte surtout des gens qui ne connaissent la vie allemande que pour

avoir lu quelques traductions et résument toute l'Allemagne savante dans l'étudiant buveur de bière et faiseur de « mensurs. » Et peut-être pensent-ils au fond que cet enseignement payant, qui cruellement proportionne le bénéfice du maître au travail qu'il fournit, c'est la perpétuelle lutte pour la vie ; et vraiment, le travailleur, arrivé au bout de sa tâche, a bien droit à des honneurs de tout repos.

Voyons donc ce que vaut l'institution en elle-même et aussi ce que valent les objections qu'on lui fait chez nous ; le meilleur éloge que l'on pourrait en faire serait d'établir une comparaison serrée entre elle et le système que nous conservons soigneusement ; mais j'ai trop le respect de nos maîtres pour établir ce parallèle. Seulement que, pour défendre notre organisation, on n'invoque pas le nom des médecins illustres qu'elle a formés depuis le commencement du siècle ; pourquoi alors notre armée ne se battrait-elle pas encore avec les canons qui vainquirent à Austerlitz ?

Un cours payant, pour appeler les choses par leur nom, est un marché conclu entre le maître et l'élève, par lequel le premier s'engage à vendre au second, pour un prix convenu à l'avance, une quantité de science exactement mesurée ; et si la marchandise scientifique livrée est de quantité ou de qualité inférieure à ce que promet l'affiche, j'allais dire le prospectus, le maître est discrédité, et la clientèle scolaire l'abandonne. Comme l'étu-

diant, acheteur d'instruction, est libre de choisir le cours qu'il veut, et comme un riche assortiment de cours lui donne en cela une grande latitude, il est généralement sûr d'être bien servi. Certes, ce système subordonne singulièrement le succès d'un professeur au bon vouloir de ses auditeurs : mais qu'importe, si ceux-ci y trouvent un grand bénéfice?

Ce contrat ayant été conclu, chaque partie, en ce qui la concerne, apporte le plus grand soin à en assurer la parfaite exécution.

De la part de l'élève, c'est une exactitude, une attention scrupuleuses. L'étranger, qui pour la première fois assiste à ces cours, est frappé du silence qui y règne ; pas de chuchotements, de conversations particulières, pas non plus de ces rêveries distraites si fréquentes chez nos étudiants en médecine. Chacun a payé, chacun veut avoir le plus possible d'instruction pour son argent. Et s'il y a dans l'assistance quelque trouble-cours, bien vite les camarades lui font sentir combien son absence serait appréciée.

De la part du maître, c'est d'abord une ponctualité irréprochable ; c'est ensuite un effort continu à professer de son mieux. Il ne peut point, par d'habiles combinaisons, brûler quelques leçons ; il s'est engagé à consacrer à ses élèves un nombre d'heures déterminé : il les leur doit. Et si, au milieu de ses cours, force majeure lui a été de s'absenter quelques jours, il est moralement tenu de fournir en compensation un nombre égal de leçons

complémentaires. Au reste, cette éventualité est rare : pendant plus de trois mois, je n'ai pas vu un seul des maîtres, dont je suivais les leçons, manquer une fois de venir à sa clinique.

De plus, le professeur apporte à faire son cours un soin extrême. Certainement, sa réputation le sert ; les médecins qui ont fait plusieurs milliers de kilomètres, attirés par le nom de Schrötter, je suppose, sont d'avance favorablement disposés et forment un public très enclin à approuver. Mais gare à la désillusion si le maître compte sur sa vitesse acquise pour faire marcher son enseignement ; s'il oublie son rôle propédeutique pour s'adonner à des recherches personnelles, s'il ne prend pas soin d'exposer chaque méthode, chaque découverte nouvelle dès son apparition, rapidement les élèves désertent sa clinique et les honoraires les suivent. Même, il ne suffit pas que le professeur enseigne bien, il faut qu'il enseigne mieux ; pour chaque spécialité, il y a abondance de cours, et comme pour tous le prix est le même, tout naturellement les clients se portent vers ceux qui leur sont le plus réellement utiles. De cette concurrence naît une émulation des plus profitables. Chaque maître s'ingénie à rendre son enseignement attrayant, et surtout pratique ; c'est à qui aura le plus de « matériel » (lisez malades) ; chacun multiplie les démonstrations physiologiques, accumule les pièces autopsiales ; et vraiment c'est merveille de voir combien les plus grandes illus-

trations se mettent en frais pour grossir le bagage scientifique de jeunes étudiants, qui seraient, chez nous, quantité négligeable. Tous ces professeurs enseignent parfaitement; aussi cherchent-ils moins à se surpasser qu'à éviter de se ressembler : chacun veut donner à son enseignement une note personnelle ; et ainsi, loin de faire double emploi, leurs cours se complètent mutuellement.

Il n'y a pas à se dissimuler que ce système des cours payants rend aux professeurs la tâche extrêmement pénible ; et que ce doit être pour eux, à la longue, une abominable corvée que de recommencer tous les deux mois les mêmes leçons, avec la même formule, pendant parfois plus de trente années. C'est là un mode de surmenage qui les épuise. Combien plus douce est la carrière des cliniciens de France qui, deux ou trois fois par semaine, commentent en phrases élégantes l'observation d'un malade de leur service! Notez bien que malgré cela, le professeur viennois, quoique ayant bien moins de temps de reste que son collègue de Paris, publie cependant plus de travaux originaux. Car, dans la hiérarchie des traitements, il n'y a pas, comme chez nous, avancement à l'ancienneté, mais seulement avancement au mérite.

Le stimulant qui, en majeure partie, soutient cette énergie professionnelle, c'est le désir, bien légitime du reste, de réaliser de gros bénéfices. Certains professeurs, grossissant le traitement fixe que leur donne l'Université, d'un collegiengeld

copieux, peuvent, avec leurs seuls cours, gagner de quarante à cinquante mille francs par an (Blanchard). A pareil taux, il peut devenir avantageux de bien enseigner.

On le voit donc, l'existence des cours payants est l'un des éléments du succès des cliniques Viennoises. C'est qu'en effet le professeur a intérêt à faire son cours le mieux possible, puisque plus parfait sera son enseignement, plus il attirera d'auditeurs et plus il sera rémunéré. Au contraire, le professeur qui reçoit seulement de l'État des appointements fixes, n'a aucun avantage immédiat à s'occuper de ses élèves : il relève en cela de sa seule conscience. D'où résulte, comme l'a excellemment dit le professeur Coyne (de Bordeaux), « qu'à Vienne, les professeurs sont d'abord pro-« fesseurs, ne sont praticiens qu'accessoirement. Ils « suivent cette marche qui paraît logique et natu-« relle, parce que l'organisation à laquelle ils « sont soumis a su mettre l'intérêt du côté du « devoir. »

En France, on fait à ce système plusieurs objections : on lui reproche d'être trop onéreux pour l'étudiant ; de porter atteinte à la dignité du professeur ; enfin, s'il est bon pour des esprits allemands, d'être en opposition avec nos sentiments et nos habitudes. Ces objections sont faciles a réfuter.

Le système des cours payants est trop onéreux

pour l'étudiant, dit-on. Voyons donc les chiffres et comparons ce qu'il en coûte à un Autrichien et à un Français pour obtenir le diplôme de docteur. Laissons de côté les travaux pratiques, qui pas plus là-bas que chez nous ne se font pour rien, ainsi que quelques autres menus frais d'inscription initiale, et ne considérons que les frais d'examens et de cours. Le rigorosant de Vienne doit suivre six semestres de cours cliniques pour obtenir le droit de se présenter à ses examens. Le tarif de ceux-ci est ainsi fixé par l'Université: 1 florin 5 kreuzers par heure hebdomadaire ; tous les professeurs de clinique donnent dix heures par semaine, ce qui fait 10 florins 50 kreuzers pour le prix du semestre (26 francs 25 cent.) Le prix total des six semestres sera donc : 26 francs 25 × 6 = 157 fr. 50.

Admettons de plus que l'étudiant désire se perfectionner en se faisant facultativement inscrire dans divers privatims, de dermatologie, otologie, laryngologie, et autres ; soit, je suppose, quatre privatim. Les honoraires de ces cours, qui sont de 20 florins, sont abaissés pour lui à 10 florins. Le prix total en sera donc : 25 francs × 4 = 100 fr.

En somme, le rigorosant déboursera :

6 semestres de cliniques obligatoires.	157 fr. 50
4 cours particuliers facultatifs . .	100 fr. »»

A cela il faut ajouter les droits de rigorosen et de doctorat, qui sont ainsi fixés :

premier rigorosum	137 fr. 50
deuxième rigorosum	150 fr. »»
troisième rigorosum	162 fr. 50
promotion au doctorat. . . .	150 fr. »»
Au total. . . . 857 francs 50.	

A Paris, les cours ne coûtent rien. Mais l'étudiant pour ses examens de doctorat et sa thèse doit verser les droits de consignation suivants :

premier examen	55 fr. »»
deuxième examen	110 fr. »»
troisième examen	110 fr. »»
quatrième examen	55 fr. »»
cinquième examen	110 fr. »»
droits de thèse.	240 fr. »»
Au total. . . . 680 francs.	

Si à cela on ajoute les frais d'impression de thèse qui se montent à plusieurs centaines de francs, on arrivera à ce résultat, que l'enseignement payant de Vienne et l'enseignement gratuit de Paris entraînent l'étudiant à des dépenses à peu près équivalentes. On ne saurait donc arguer que le premier de ces deux systèmes soit trop onéreux à sa bourse.

Deuxième objection : le cours payant porte atteinte à la dignité du professeur, dit-on. Le professeur serait un marchand, vendant la science à tant l'heure, comme on vend du galon à tant

l'aune. Eh bien, en admettant que cela fût vrai, où serait le mal, si le prestige du maître était diminué au bénéfice de son utilité? Une chaire ne doit pas être, ce me semble, une distinction purement honorifique. Mais rassurez-vous, farouches gardiens de l'étiquette ; même à Vienne, on ne paie pas son professeur de la main à la main, comme on donne de l'argent à son cocher. Les apparences sont si bien sauvegardées que le plus grand puriste n'y trouverait rien à redire. L'étudiant s'inscrit au décanat de la Faculté pour le cours qu'il a choisi, verse la somme convenue à la questure, et de celle-ci reçoit une quittance, qu'il n'aura qu'à faire viser par le professeur : dans ces conditions, une signature ne déshonore pas un homme. A la fin de l'année scolaire, la Faculté remet au professeur les sommes versées à son compte, dont elle retient vingt-cinq pour cent, pour frais universitaires, et ainsi l'Université a également un intérêt direct au succès de l'enseignement de ses maîtres. En somme, toute l'humiliation imposée aux professeurs viennois se borne à ceci : toucher leurs honoraires à la caisse de l'Université. Il me semble que nos habitudes françaises ne sont pas tellement différentes, que nous ne soyons près de nous entendre sur ce point.

Enfin, dit-on, le système des cours payants n'a pas de chance de réussir en France, étant trop en opposition avec nos mœurs. Je ne sais si je m'abuse, mais je trouve que nos mœurs sont en train de

s'en accommoder parfaitement. Il suffit de jeter les yeux autour de soi, pour voir, dans l'enseignement médical libre, réussir au mieux l'instruction rémunérée. Partout pénètre la formule de l'enseignement payant, dans les hôpitaux où le soir les chefs de clinique donnent des leçons pratiques, dans les laboratoires où les préparateurs font des séries de privatissime très allemands d'allures, ne vous en déplaise. Et les cliniques libres formant les jeunes spécialistes, et les conférences d'internat, qui elles-mêmes se mettent à devenir fermées et payantes? Contraire à nos mœurs, le principe de l'enseignement payant! mais vous qui dites cela, allez donc à l'Institut Pasteur, faites-vous inscrire au cours de microbie de M. Roux ; et quand, faute de places vacantes, on vous aura prié de repasser dans douze ou quinze mois, peut-être vous rendrez-vous à la réalité.

Seulement, il est entendu qu'il ne suffit pas de décréter du jour au lendemain que tous les cours seront payants, pour que les étudiants s'en réjouissent. Il faudrait que notre nouvel enseignement payant fût aussi bon marché que notre ancien système, dit gratuit ; remplacez les droits d'examen par les frais de cours ; et ainsi l'étudiant trouvera grande économie à payer ce qui antérieurement était censé ne lui rien coûter. Ce n'est pas tout; ce qui serait plus difficile à obtenir, c'est le remaniement complet de nos procédés didactiques, indispensable corollaire de l'institution du

principe de la non-gratuité des cours. Quand il peut, dans les bibliothèques, lire à tête reposée un traité de pathologie interne, croyez-vous que l'élève ira donner trente francs à un professeur, qui, à l'amphithéâtre, lui exposera en beau langage un petit côté de la médecine, et qui, du haut de sa chaire, mettra un semestre à lui décrire en leurs détails les maladies d'un seul organe? et si on l'y force, alors il se révoltera contre la nouvelle mesure. Il faut en ceci adopter la théorie du « bloc, » prendre ou laisser la méthode allemande, mais si on l'accepte, ne pas en dissocier les termes; il faut savoir que l'étudiant ne paiera bien que si on l'instruit bien; en un mot l'enseignement payant doit être pratique, ou ne pas être.

Il me reste donc à montrer comment à Vienne :

II. Les cours sont pratiques. — La Faculté viennoise pourrait prendre comme devise cette phrase de la sixième lettre de Sénèque : « Homines amplius oculis quam auribus credunt. » Elle laisse systématiquement de côté tout ce qu'il y a de théorique et de spéculatif dans l'art de guérir, considère la médecine et la chirurgie comme des sciences appliquées, et pense que l'enseignement des professeurs doit comprendre des leçons de choses et non point des dissertations *ex cathedrâ*.

L'étudiant a ses livres pour apprendre la théorie; ce qu'il demande à ses maîtres, ce n'est pas

qu'ils les commentent ou bien les récitent, c'est qu'ils lui enseignent la pratique, et lui montrent, autrement qu'en effigie, les difficultés qu'il rencontrera à chaque pas.

Il n'y a à Vienne qu'un cours, un seul, qui soit fait à l'amphithéâtre de la Faculté, celui d'histoire de la médecine ; et seul, par une conséquence naturelle de ce j'ai dit plus haut, il est gratuit. Tous les autres cours ont lieu soit dans les Instituts d'anatomie et de pathologie, soit à l'Hôpital, soit à la Policlinique.

C'est une chose qui, au plus haut degré, étonne les médecins autrichiens venus à Paris, que de voir, dans notre Faculté, des professeurs, n'ayant d'autre « matériel » que quelques planches murales et un verre d'eau sucrée, enseigner médecine, chirurgie, dermatologie même, avec exactement les mêmes procédés didactiques que s'ils professaient en Sorbonne. Mais professer de la médecine sans malades, disent-ils, c'est faire de la géographie sans cartes. J'entends encore tel assistant fort railleur, que, sans conviction du reste, je cherchais à convertir aux beautés de notre système éminemment national, me répondre : « Mais, *Herr Collega*, « certainement votre système est excellent, et je « m'étonne que vous ne le généralisiez pas davantage ; ainsi pour les rhumatisants, qui ont « horreur de l'eau froide, combien il serait précieux de pouvoir suivre, dans un amphithéâtre, « des cours théoriques de natation ; ce serait de la

« natation sans eau, comme vous faites de la pa-
« thologie sans malades, de la *natation sèche*, voilà
« tout. »

Donc pas de cours de pathologie *sèche* : ils font également perdre le temps des maîtres et des élèves. C'est malheureusement là une fâcheuse habitude que nous aurons peine à abandonner ; supposez que la Faculté de Paris se décide à enseigner les spécialités et charge quelques agrégés de faire à l'amphithéâtre des conférences complémentaires d'otologie, de laryngologie, de gynécologie, pensez-vous que les élèves en retireront quelque avantage ? et vous imaginez-vous qu'ils leur feront bon accueil ? peut-être si elles sont gratuites, mais faites-en payer l'entrée, comme à Vienne, et vous jugerez.

Puisqu'ici je ne veux parler que des spécialités, voici comment les maîtres viennois en comprennent l'enseignement. Pas de démonstration qui ne soit immédiatement appuyée par l'examen d'un malade et d'une pièce anatomique ; les cours ne sont que des successions de tableaux vivants, dont les paroles du professeur disent la légende. Chaque élève est assis devant un malade, et l'examine ; et le professeur passe de l'un à l'autre, leur expliquant ce qu'ils doivent voir et faire, conduisant leur main, corrigeant leur gaucherie ; à celui qui est particulièrement rebelle, un assistant ou un aspirant sert au début de guide, qui ne le quitte pas. Plus l'élève a de peine à comprendre, plus on s'attache à lui. L'enseignement de la technique est

l'objet d'un soin particulier ; individuellement, on apprend à chacun à placer un miroir laryngoscopique, à introduire un cathéter dans la trompe ; puis, quand on l'a rompu aux premières difficultés, on lui fait examiner différents malades, choisis avec discernement pour constituer une gamme de difficultés croissantes ; le traitement prescrit est appliqué d'abord devant lui, puis avec lui, et finalement par lui seul. A tour de rôle, chaque élève du cours répète un certain nombre de fois les opérations élémentaires ; et quand le cours est terminé, celui qui en sort est suffisamment débrouillé pour pouvoir aisément répondre aux exigences ordinaires de la clientèle spéciale.

Tel qu'il fonctionne à Vienne, le cours payant n'est pas seulement pratique, il est *complet* : c'est-à-dire qu'il porte sur l'ensemble d'une spécialité. Le professeur qui annonce un cours d'otologie, doit enseigner toute l'otologie, et n'est pas autorisé à ne parler par exemple que des otites moyennes, réservant les maladies du conduit pour une autre série ; sans cela, il pourrait s'arranger pour distribuer son enseignement en trois ou quatre cours et obliger indirectement l'élève à une dépense triple ou quadruple. Certainement l'étudiant n'aura pas le temps d'apprendre les finesses du métier ; mais au moins ne devra-t-il pas avoir de trous dans son instruction spéciale. Or, dans un espace de temps de cinq à six semaines, en n'y consacrant qu'une heure par jour, il est extrêmement difficile de con-

denser tout un enseignement, surtout quand cet enseignement doit autant dresser la main que former le cerveau ; d'autant plus qu'il faut compter avec le hasard qui peut ne pas amener à la consultation le patient dont la maladie est nécessaire à la démonstration du jour. On conçoit qu'en un tel métier, bien mieux que par un concours, on puisse juger du talent didactique d'un homme ; l'affluence des élèves est la pierre de touche de la valeur des professeurs ; beaucoup ne donnent qu'un enseignement insuffisant, qui peu à peu sont délaissés ; mais plusieurs, vrais virtuoses de la propédeutique, arrivent à une telle habileté, que tous veulent passer par leurs mains.

Bien naturellement, il se trouve encore chez nous beaucoup de gens qui critiquent ce système ; tout bas ils songent aux fatigues et aux devoirs qu'il leur imposerait, et tout haut ils invoquent seulement ce qu'a d'abêtissant ce rôle de perpétuel répétiteur, condamné pendant toute sa vie à rabâcher la même chose : véritables leçons de Sisyphe où le même travail est à recommencer toutes les six semaines. Ou bien ils disent encore que cette méthode ôte toute initiative à ceux qu'elle forme ; qu'à l'élève elle fournit l'instruction toute faite, sans droit de contrôle ; que la couche de science dont elle le couvre n'est qu'un très superficiel vernis, bien vite écaillé ; que ce n'est pas de l'enseignement, c'est du « chauffage. »

Et bien, ce n'est pas juste ; il n'y a en ceci pas

plus de fausse honte pour les uns que de fausse science pour les autres. Certes, la besogne est dure ; il est bien plus agréable de disserter dans une chaire, choisissant son sujet au gré de ses préférences, d'y faire une leçon à la Trousseau, bien venue, plutôt que de jouer l'infime rôle de moniteur, et de donner de très terre à terre leçons de choses ; mais si ingrat soit-il, ce rôle n'en est pas moins de première utilité.
D'ailleurs, il ne faudrait pas croire que le professeur y devienne une sorte de phonographe, sans cesse recommençant à débiter un même cours stéréotypé ; au contraire, les Politzer, les Schrötter excellent à présenter à chaque série d'élèves les mêmes notions de fond, en variant si bien les formes, qu'un auditeur peut suivre deux, trois cours à la suite, y puisant chaque jour des notions nouvelles. Là est en grande partie le secret de leur succès, et vraiment leur mérite n'est pas de ceux qu'on doive dédaigner.

D'autre part, que l'instruction spéciale ainsi donnée aux élèves soit superficielle, je n'y contredis pas. Aucun des professeurs de l'Alserstrasse ne prétend former en six semaines un spécialiste accompli : des cours théoriques durant une année y suffiraient du reste encore moins ; seuls, l'expérience et le temps y parviennent. Mais ce qu'un cours de six semaines prétend enseigner, c'est la technique d'une spécialité ; il fait suffisamment l'éducation de la main, et lui apprend, suivant les bons principes,

à tenir un miroir, à conduire une sonde, toutes choses pour la connaissance pratique desquelles la lecture des livres est un bien mauvais guide ; il fait aussi l'éducation de l'œil, en faisant passer devant lui jusqu'à un millier de malades, tous expliqués et commentés. Le médecin sort de là en possession d'un cadre que, dans la suite, il pourra remplir tout seul au fur et à mesure de ses observations personnelles. N'est-ce rien que tout cela?

Reste une dernière objection, toute professionnelle: n'est-il pas à craindre que cet ensemble de cours ne jette sur le marché un trop grand nombre de spécialistes, qui se nuiraient entr'eux et fragmenteraient tellement la clientèle, que les professeurs eux-mêmes verraient leur cabinet se vider? Oo cite des maîtres qui, dans cet ordre d'idée, n'eoseignent pas, pour ne pas se créer de rivaux. Ce qui se passe actuellement en Autriche nous délivre de cette préoccupation. L'expérience y a démontré que beaucoup d'anciens assistants des cliniques otologiques ou laryngologiques, établis dans les petites villes de province, y font de la médecine générale pour vivre. Qu'un porteur d'otite se présente, ils sauront au moins ne pas l'estropier ; et, si le cas est sérieux, ils seront à même d'en reconnaître le danger et de l'adresser à leur maître en spécialité, au lieu de se reposer en toute confiance, comme les praticiens moins instruits, sur la trompeuse innocuité des iojections d'eau de guimauve.

Mais pourquoi s'attarder à vouloir réfuter toutes ces objections spécieuses? On juge d'un arbre à ses fruits, d'un enseignement à ses résultats. Or, d'une façon éclatante, les faits proclament le succès de la Faculté de Vienne, le grand centre international de l'enseignement des spécialistes. Voyons les chiffres. Pour le semestre d'hiver 1891-1892, le relevé des inscriptions à la Faculté de médecine viennoise donne un total de 2026 auditeurs ordinaires (étudiants), contre 928 étudiants extraordinaires (docteurs autrichiens ou étrangers.) Mais si l'on veut bien remarquer que les auditeurs ordinaires restent à demeure à Vienne, et y sont en nombre à peu près égal pendant les semestres d'hiver et d'été; qu'au contraire les auditeurs extraordinaires se renouvellent en moyenne tous les trimestres et affluent en bien plus grand nombre pendant la belle saison, on arrivera à ce résultat étonnant que le nombre des médecins étrangers venus pour se perfectionner à Vienne dans les études spéciales est égal sinon supérieur au nombre des étudiants qui y font leurs études régulières. Vraiment, la vieille cité impériale a raison de s'enorgueillir de son École de médecine!

III

L'HOPITAL GÉNERAL ET LA POLICLINIQUE

La Faculté de médecine de Vienne a supprimé tout son enseignement théorique; les *Vorlesungen* n'ont, de leur forme passée, gardé que le nom, et sont devenues en réalité des leçons cliniques. L'instruction médicale se donne maintenant dans les Instituts d'anatomie, de physiologie, etc. et surtout dans les Hôpitaux.

La ville de Vienne possède un très grand nombre d'hôpitaux, divisés en plusieurs catégories.

I. ÉTABLISSEMENTS APPARTENANT A L'ÉTAT
(Staatanstalten.)

K. K. Allgemaines Krankenhaus
(IX. Alserstrasse — 4.)

K. K. Krankenhaus Wieden
(IV. Favoritenstrasse — 30 et 52.)

K. K. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung
(III. Rudolfsgasse — 15.)

K. K. Kaiser Franz-Joseph Spital
(X. Triesterstrasse.)

K. K. Kronprinzessin Stephanie-Spital
(XVI. Thaliastrasse — 52.)

K. K. Wilhelminen Spital
(XVI. Montleartstrasse.)

K. K. Elisabeth-Spital
(XVI. Rudolfsheim.)

S. Rochus-Spital
(Penzing.)

II. ÉTABLISSEMENTS PROVINCIAUX
(Landesanstalten.)

Nied. œsterr. Landes-Gebär und Findelanstalt
(IX. Alserstrasse — 4.)
Établi dans les bâtiments de l'hôpital général.

Nied. œsterr. Landes Irrenanstalt
(IX. Lazarethgasse — 14.)

III. ÉTABLISSEMENTS COMMUNAUX
parmi lesquels le plus important est le
Communal-Epidemie-Spital
(IV. Triesterstrasse.)

IV. HÔPITAUX MILITAIRES
au nombre de deux.

V. ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Spital der Barmherzigen Brüder
(II. Grosse Mohrengasse — 9.)

Spital der israelitischen Cultus-gemeinde
(Währing-Gürtelstrasse — 95.)

Erzherzogin Sophien-Spital
(VII. Kaiserstrasse — 7.)

Rudolfinerhaus
(Unter-Döbling, Grinzingerstrasse, 21.)

Studentenspital
(VIII. Laudongasse — 42.)

Maria-Theresia-Frauen Hospital
(VIII. Laudongasse — 26.)

Krankenhaus der Wiener Kaufmannschaft
(v. Siebenbrunnengasse — 21.)

Priester-Kranken-und Defloisnden-Institut
(III. Ungargasse — 35.)

Spital der Barmherzigen Schwestern
(VI. Gumpendorferstrasse — 108.)

Filial-Spital der Barmherzigen Schwestern
(II. Karmelitergasse — 9)

Privat Kranken-Institut für Handlungs-commis
(VIII. Skodagasse — 1.)

Spital der Schwestern vom Orden des heil. Franz von Assisi
(V. Hartmanngasse — 7.)

Spital der Elisabethinierinnen
(III. Hauptstrasse — 3.)

K. K. Inquisiten-spital
(VIII. Landesgerichtsstrasse — 19.)

VI. HÔPITAUX D'ENFANTS

S. Anna-Kinderspital
(IX. Kinderspitalgasse — 6.)

S. Josef-Kinderspital
(IV. Kolschitzkygasse — 9.)

Kronprinz Rudolf Kinderspital
(III. Schlachthausgasse — 1.)

Leopoldstädter Kinderspital
(II. Obere Augartenstrasse — 28.)

Carolinen Kinderspital
(IX. Schubert gasse — 3.)

Lebenswarth'sches Kinderspital
(VI. Liniengasse. — 19.)

VII. MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES

Très nombreuses. La plus connue est
Allgemeine Poliklinik
(IX. Marianengasse — 10.)

Le plus grand nombre de ces établissements est fermé aux étudiants. Seuls, en effet, peuvent donner l'enseignement public les maîtres qui ont reçu l'habilitation universitaire, privat-docents, professeurs extraordinaires et ordinaires. Les chefs de service de ces hôpitaux et leurs internes — primarärzte et secundarärzte — sont, sans concours ni examens probatoires, nommés directement et institués dans leurs fonctions par le Ministère de l'Intérieur ou la Statthalterei, dont relèvent tous ces établissements hospitaliers ; leur rôle doit se borner à soigner les malades et il leur est défendu de faire des cours. Pourtant, ceux qui, parmi eux, cumulent la fonction de primararzt et le titre de docent ou de professeur, peuvent, en raison de cette seconde qualité, aisément obtenir de l'Université, dont alors ils dépendent aussi, de faire de l'enseignement payant dans leur service. Ils le font peu ; leurs cours, trop éloignés du centre des études médicales, auraient peu de chance d'être suivis.

La Faculté a donc concentré presque tous ses cours dans un seul établissement, l'Hôpital général. Il y a bien quelques cliniques aberrantes. Ainsi Kassowitz professe au *Kinderkranken-Institut* ; Schlesinger, au *Frauenkranken-Institut* ; Hüttenbrenner au *Karolinen Kinderspital* ; Scheff au *K. K. Zahnärztlischen Universitäts Ambulatorium*, etc. ; mais, ce ne sont là que des cours facultatifs. Les cliniques obligatoires, faites par les professeurs

ordinaires de médecine, chirurgie, obstétrique et ophtalmologie ont toutes lieu à l'Allgemeines Krankenhaus. Ceux qui iront à Vienne étudier l'otologie et la laryngologie n'auront rien à voir dans les hôpitaux secondaires : ils ne trouveront l'enseignement qu'ils cherchent qu'à l'Hôpital général, et aussi à la Policlinique générale.



L'*Hôpital général de Vienne* jouit d'une grande célébrité. C'est le plus grand hôpital qui soit au monde(1) ; et c'est surtout le mieux organisé, sinon le plus beau. Il se trouve au nº 4 de l'Alserstrasse, et forme le centre de l'Alsergrund, le quartier latin de Vienne médical. Il renferme plus de deux mille lits. Avec ses treize cours intérieures, ses nombreuses rues, ses différents quartiers, dont chacun garde sa physionomie particulière, c'est une ville en miniature, dont peut se faire une idée celui qui connaît notre Salpêtrière. Mais combien plus gai ! C'est une inoubliable impression que donne sa cour centrale à qui y arrive pour la première fois, par une de ces chaudes

(1) La Salpêtrière, à Paris, a une population au moins double (4.000 âmes) ; mais elle est à la fois un hospice de vieillards, et un asile d'aliénés, non un hôpital. Le plus grand hôpital de Paris, Tenon, compte 825 lits.

journées des étés danubiens ; un jardin, plein de fleurs, un fouillis de verdure, où chacun va, chacun vient librement ; sous les tilleuls des grandes allées, c'est un grouillement d'élèves qui entre deux cours s'y reposent, de malades qui à toute heure du jour y reçoivent leurs parents ; plus loin, des bosquets où serpentent de petits chemins, propices à la solitude ; aspirants et assistants, loin du bruit, y dissertent aux pieds de Türck, qui de son buste leur sourit, dans sa blancheur ensoleillée ; puis par un contraste violent, sur des bancs larges et bas, les grands opérés de Billroth, agonisant au soleil, et cherchant à reprendre un peu d'existence par la contagion de cette exubérante vie qui les entoure.

L'Hôpital général fut ouvert le 16 août 1784, par Joseph II, dans les bâtiments du vieil hospice du faubourg d'Alser. L'empereur les fit adapter à leur nouvelle destination par son médecin privé, le baron de Quarrin, dont il modifia lui-même les plans ; il y fit installer deux mille lits, et paya tous les frais d'aménagement sur sa cassette particulière. En 1831, par suite de l'accroissement rapide de la population de Vienne, l'hôpital devint insuffisant ; François I[er] fit construire une annexe, qui comprit les cours 8 et 9. Enfin, en 1862, nouvel agrandissement ; construction des salles d'autopsie et du dépôt mortuaire de la 10[e] cour.

Ces adaptations et annexions successives expliquent l'irrégularité du plan général de l'hôpital, et

le manque d'homogénéité de son ensemble. Les salles sont gaies et bien aérées, mais elles manquent totalement d'élégance et même de confortable ; cependant blanchies à la chaux, remises à neuf tous les ans, elles sont d'une propreté méticuleuse. De vieux lits de bois, sortes de caisses sans sommiers, et garnies de très minces matelas, y forment des couchettes vraiment trop simples. Au reste, le malade viennois est fort peu exigeant ; pourvu qu'à chaque repas il ait son « mehlspeise », il se trouve satisfait, et ne songe même pas à se plaindre du bizarre accoutrement de coutil blanc rayé de bleu dont on le revêt, ni des horribles chausses de toile dont on lui entoure les jambes. Néanmoins, ces bâtiments bas, presque tous à un étage, avec leurs doubles fenêtres, avec leurs escaliers voûtés de cloître, ne manquent pas d'un certain cachet ; on y retrouve ce caractère du XVIII[e] siècle qui donne au vieux Vienne une physionomie si spéciale.

Cet hôpital reçoit les malades à partir de cinq ans ; les enfants plus jeunes sont dirigés sur le S[t]-Anna-Kinder-Spital, où il existe une crèche, qui en réalité constitue une section de l'Hôpital général et qui est entretenue avec les fonds de celui-ci.

A son début, l'Hôpital général était uniquement destiné au traitement des malades ; ce n'est que plus tard qu'on songea à l'utiliser pour l'enseignement ; Joseph II, en effet, tenait strictement la main à ce que les professeurs de la Faculté de

médecine fissent seulement des lectures à leurs élèves. Cependant le professeur Stoll y ouvrit le premier une École pratique de médecine qui, dans les commencements, ne renfermait que douze lits ! Mais, peu à peu, celle-ci dut s'agrandir ; et à la fin il arriva que l'Hôpital général changea de destination, et qu'il eut surtout pour but l'instruction des futurs médecins. Actuellement, il renferme trois ordres de services :

1° Les services dépendant de la Faculté et servant à l'enseignement ; ces services sont subventionnés par l'Etat, qui ne les entretient que dix mois par an, pendant l'année scolaire. En août et septembre, on évacue les salles ; les malades n'y sont pas autre chose que des matériaux d'étude, qui deviennent inutiles pendant les vacances et dont on se débarrasse. Dans ce premier groupe rentrent les cliniques d'otologie et de laryngologie.

Chacun de ces services a naturellement à sa tête un professeur, secondé par un ou plusieurs assistants.

2° Les services hospitaliers, ne servant pas à l'enseignement ; ils sont indépendants de la Faculté. L'entrée en est interdite aux étudiants. Ils sont dirigés par un médecin en chef, le primarartz, aidé par un interne, le secundararzt ; peuvent suivre la visite, les candidats officieux à la place de secundararzt, les assistenzärzte. Les médecins étrangers n'y sont pas admis. Ces services sont subvention-

nés par l'Intérieur ; leur but est humanitaire, non didactique ; ils fonctionnent toute l'année.

Les grandes cliniques magistrales renferment plusieurs salles appartenant à l'un ou l'autre de ces deux groupes ; sur quatre, deux, par exemple, appartiennent à la Faculté et sont ouvertes, deux autres dépendent de l'Hôpital et demeurent fermées au personnel de la clinique ; dans les premières, le maître paraît comme professeur, dans les secondes, il entre comme primararzt ; et les vacances venues, les malades des premières sont versés dans les secondes.

3° Enfin l'Institut obstétrical de la province. (Le Landes-Gebär-Anstalt).

* * *

Dans le voisinage de l'Hôpital général se trouve la Policlinique générale de Vienne, l'*Allgemeine Poliklinik :* une institution très modeste à ses débuts, qui rapidement a pris une importance croissante au point de devenir un grand centre d'études ; une rivale avec laquelle doit maintenant compter le vieil Hôpital général, conçue suivant une formule neuve et si féconde, que les grandes villes de l'Europe l'ont presque toutes imitée, sinon copiée. Son but principal est l'enseignement ; les malades y sont avant tout du matériel d'étude.

Elle a été créée, en réalité, pour servir de débouche aux professeurs que la Faculté n'emploie pas, et qui ne veulent pas aller s'enterrer dans les petites Universités de la Styrie ou du Tyrol. Nous avons vu plus haut que nul médecin en Autriche ne peut faire de cours publics s'il n'a été habilité par l'Université, c'est-à-dire, s'il n'a été nommé privat-docent ; nous avons vu également avec quelle générosité la Faculté délivre l'habilitation, et s'efforce ainsi d'apporter un correctif à la sévérité de cette règle ; elle multiplie, en quelque sorte, ses permis d'enseigner pour donner à tous les talents l'occasion de se révéler. Malheureusement, le nombre des cliniques dont elle dispose à l'Hôpital général est bien moindre que celui des professeurs extraordinaires qu'elle possède ; et comme elle n'a conféré à ceux ci qu'un titre et non une fonction, elle n'est pas obligée de les employer tous. En 1872, un certain nombre de professeurs et de docents sans emploi, au lieu de faire isolément en ville de l'enseignement libre, eurent l'idée de se grouper, de façon à bénéficier mutuellement de leur réputation et de leurs efforts ; et ayant rencontré quelques généreux donateurs, ils créèrent, très modestement au début, cet établissement, à la fois un foyer d'enseignement et de bienfaisance. La Policlinique générale est donc une fondation privée. Ses ressources s'accroissent rapidement, beaucoup de personnes charitables lui font des dons. En outre, deux à trois fois par an, a lieu à son bénéfice une

représentation sur un grand théâtre de Vienne. Récemment encore, un israélite, M. G...., lui aurait donné cent cinquante mille florins. Elle tire aussi bénéfice du grand nombre d'élèves qui y viennent suivre les cours, et qui, attirés par un enseignement très pratique et surtout par un accueil très cordial, s'y pressent si nombreux que l'Hôpital général a pris ombrage du succès de cet établissement. L'Hôpital et la Policlinique sont maintenant deux puissances rivales ; l'émulation qui s'établit entre elles profite aux intérêts des étrangers qui en viennent suivre les cours ; mais je doute que cette concurrence soit également avantageuse à tous ; et si les assistants de la Policlinique, en particulier, se font avec leurs privatissime une situation enviable, en revanche, lorsqu'ils veulent suivre la filière hiérarchique, ils ont plus de peine que leurs collègues de l'Hôpital général, à obtenir de la Faculté l'habilitation de docent. Nous, qui venons à Vienne pour quelques mois d'études, nous n'avons point à nous mêler à ces discussions ; nous apporterons quelque tact à éviter de froisser des susceptibilités individuelles un peu chatouilleuses ; nous irons à la fois, sans nous en cacher, dans les deux établissements, demandant à chacun d'eux ce qu'il a de meilleur, et trouvant de part et d'autre un accueil dont nous n'aurons qu'à nous louer.

Jusque dans ces derniers temps, la Policlinique générale occupait au nº 12 de la Schwarzspanier-

strasse, une rue toute médicale, une belle maison, d'assez grande allure, avec cet air de palais qu'ont tous les bâtiments du nouveau Vienne. Pas de lits : rien que des *ambulatorien*, consultations externes ; à chaque étage, deux services, largement installés avec salles d'examens, salles de pansements, chambres d'opérations. Vers la fin de 1892, elle a été transférée 10 Marianengasse, et s'est accrue dans des proportions considérables. Elle ne se contente plus de donner des consultations dans ses ambulatorien : elle hospitalise ses malades. Edifice grandiose, construit par von Streit ; sur sa façade les portraits des grands maîtres Viennois, Oppolzer, Skoda, Hebra, Schuh, Türck, Rokitansky ; dans le vestibule, orné de colonnes, un large escalier conduit aux étages supérieurs, où se trouvent les ambulatorien. A chaque étage, deux consultations, se faisant à différentes heures. Tout en haut la chancellerie, et la salle de lecture ; puis un laboratoire de chimie et un laboratoire de bactériologie. Au rez-de-chaussée, le vestibule donne accès dans une grande cour où se trouve un hôpital de trois cents lits. Les salles sont parfaitement aménagées, largement ventilées, et renferment seulement de quatre à six lits. A côté d'elles, deux amphithéâtres d'opérations, établis d'après les formules les plus récentes, et précédés chacun d'une pièce pour la chloroformisation des malades.

La Policlinique générale espère s'agrandir en-

core ; elle a, du reste, de puissants protecteurs qui l'appuient ; l'archiduc Rénier la patronne.

Le contraste est grand entre le luxe de cet établissement tout moderne et la simplicité un peu trop « fin de l'autre siècle » de l'Hôpital général.

*
* *

Les médecins étrangers, qui viennent chez nous pour s'y perfectionner, s'accordent pour faire au Paris médical deux grands et justes reproches. Ils se plaignent d'abord de la dissémination des cliniques dans les divers hôpitaux situés aux quatre coins de la ville, de sorte que pour se rendre à chacune d'elles il leur faut, dans de longs trajets, perdre un temps précieux ; d'autant plus qu'il s'en trouve fort peu dans le voisinage du Quartier Latin où ils se fixent pour la plupart, et qu'aux alentours de St-Louis, de Necker, de la Salpêtrière, il est peu confortable de demeurer. Ils se plaignent surtout que toutes ces cliniques aient lieu à la même heure ; ils n'en peuvent suivre qu'une dans la matinée ; et dans l'après-midi, ils ne savent où aller, ni que faire, à moins de fréquenter les cliniques particulières des professeurs libres.

Vienne a su éviter ces inconvénients majeurs ; concentrant tous ses établissements d'instruction médicale dans un même quartier et répartissant ses cours sur toutes les heures de la journée, sans

interruption du matin au soir, elle procure au médecin étranger l'avantage précieux de pouvoir utiliser tout son temps, et de retirer de son voyage scientifique tous les avantages qu'il en attend, avec un minimum de séjour et par conséquent de dépense. C'est là encore une des causes de l'attraction qu'exerce la Faculté de Vienne et non des moins efficientes.

Officiellement, en effet, tout l'enseignement clinique y est concentré dans un même établissement, l'Hôpital général. Pour se rendre d'une clinique à une autre, il y a une cour à traverser, un escalier à monter, rien de plus. Tout s'y enseigne : c'est comme un immense bazar médical, avec de multiples rayons de médecine, de chirurgie, d'accouchements et de toutes sortes de spécialités. Sans en sortir, l'étudiant y peut faire toutes les emplettes médicales dont il a besoin. Il est vrai que les travaux pratiques d'anatomie, de physiologie ne s'y font pas ; la Policlinique générale aussi est en dehors. Mais ces établissements sont groupés dans un quartier, l'Alsergrund ; de la Policlinique à l'Hôpital, il y a trois minutes de marche, cinq de l'Hôpital à l'Institut anatomo-pathologique de la Schwarzspanierstrasse ; mitoyen avec ce dernier est l'Institut d'anatomie ; et en face, de l'autre côté de la place de l'Eglise Votive, se trouve l'Université. L'Alsergrund est de plus un des beaux quartiers de la capitale, où les travailleurs étrangers trouvent tout le confortable dont ils ont

besoin, et que seule la largeur du Ring sépare du centre de Vienne.

Commençant à sept heures du matin, et se succédant jusqu'au soir, les cours sont distribués de telle sorte que deux leçons similaires coïncident le moins possible ; ainsi les élèves peuvent se faire inscrire en même temps à toutes les cliniques d'une même spécialité ; et les maîtres y trouvent le grand avantage de ne point se partager les auditeurs, mais de les pouvoir attirer tous, chacun à son tour. Les Viennois ont si bien reconnu l'utilité de cette organisation, que, malgré leur rivalité, l'Hôpital et la Policlinique se sont tacitement entendus pour ne pas faire coïncider leurs mêmes cours.

Pour nous, spécialistes, cet arrangement nous favorise au mieux ; nous serions bien embarrassés dans notre choix si, comme à Paris, tous les professeurs viennois faisaient leurs cliniques le matin de neuf à onze heures ; au lieu de cela, il nous est possible de suivre en même temps presque tous les cours d'otologie ou de laryngologie. Si bien que le médecin studieux, qui veut profiter des matériaux de travail que Vienne met à sa disposition, peut, en six semaines, acquérir dans une spécialité une somme de notions que l'enseignement parisien mettrait plusieurs années à lui donner.

∴

L'enseignement de la laryngologie et de l'otologie se donne à la fois à l'Hôpital général et à la Policlinique.

A l'Hôpital général se trouvent les cliniques de la Faculté ; une clinique de laryngologie, une clinique d'otologie ; la rhinologie a été rattachée à la première.

Le titulaire de la clinique laryngologique est le professeur extraordinaire *Karl Störk* qui, au commencement de 1892, a succédé à Schrötter, promu à l'ordinariat.

La clinique otologique a deux titulaires : le professeur extraordinaire *Adam Politzer* dirige la division des femmes ; celle des hommes appartient au professeur *Joseph Gruber*.

Outre ces deux cliniques, élèves et malades trouvent encore à l'Hôpital général un certain nombre de consultations pour les maladies des oreilles et du larynx, qui fournissent des matériaux à des cours privés.

En tête de ces maîtres bénévoles, il faut citer le professeur ordinaire *Léopold von Schrötter*. Cet illustre savant enseigna longtemps dans la chaire officielle de laryngologie dont Störk est aujourd'hui titulaire, et il y acquit sa renommée. L'année dernière, malgré les usages universitaires qui

s'opposent à toute permutation de chaires, il fut mis à la tête de la troisième clinique de « médecine interne » et conséquemment nommé professeur ordinaire. Malgré cela, et par une tolérance de la Faculté qu'expliquerait, dit-on, une très haute protection, et que justifie en tout cas un talent supérieur, Schrötter a conservé son ancienne consultation externe de laryngologie annexée à son service de médecine générale ; et ainsi se trouve établie, en fait, sinon en droit, une deuxième clinique de maladies du larynx.

Le professeur extraordinaire *Ottokar Chiari*, qui fut le compétiteur de Störk à la succession de Schrötter, le privat-docent *Wilhelm Roth* et le privat-docent *Michael Grossmann* disposent seulement de consultations externes, et y font néanmoins des cours privés de laryngologie et de rhinologie qui sont fort recherchés.

D'autre part, deux cours privés d'otologie, également alimentés par une consultation externe, ont pour chefs les privat-docents *Albert Bing* et *Joseph Pollak.*

Enfin, pendant les vacances, au moins un privatissime est donné par l'assistant de la clinique de Politzer-Gruber, le Dr *Isidor Müller.*

A la Policlinique générale, deux cours seulement sont consacrés à notre spécialité.

Le cours de laryngologie est fait par le professeur extraordinaire et conseiller d'Etat *Johann Schnitzler.*

Le cours d'otologie, par le professeur extraordinaire *Victor Urbantschitsch.*

Mais de plus, des privatissime sont donnés par le Dr *M. Hajek*, assistant de laryngologie, et les Drs *Max* et *Eitelberg*, assistants d'otologie.

Au total un minimum de quinze cours.

∴

Chaque professeur apporte à son cours un cachet de personnalité très recherché, qu'il imprime non seulement à son enseignement, mais à sa manière de faire, à son instrumentation, et même aux plus petits détails de sa pratique. De l'un à l'autre il y a des différences grandes, parfois des contradictions. C'est à l'élève d'exercer sa sagacité critique pour distinguer ce qu'il y a à prendre et à laisser dans les doctrines de chaque école ; c'est affaire à son jugement d'assimiler le meilleur de chacune d'elles : travail de sélection difficile, qui réclame le tact d'une intelligence mûre, et qui est, à mon sens, tout le contraire de cette réceptivité passive qu'à tort nous nous figurons être l'état d'esprit de l'étudiant autrichien.

Le cadre d'un ouvrage du genre de celui-ci, qui a l'ambition d'être surtout un manuel pratique, exige que j'examine séparément chacun de ces cours, dans de minutieux détails ; cependant, comme tous ressortissent en somme à un type uniforme, au moins

en surface, je vais d'abord indiquer sur quelles bases générales ils fonctionnent.

Les malades qui servent à l'enseignement, sont hospitalisés ou non. Les cliniques officielles de l'Université, celle de Störk et celle de Politzer-Gruber possèdent seules des lits; mais bien peu, à peine une trentaine. Dans ces lits sont hospitalisés quelques malades rares, des rhinoscléromes par exemple; le plus grand nombre en est occupé par des patients qui ont subi des opérations d'urgence, trachéotomie, trépanation de la mastoïde et qui, le plus souvent, en raison de la gravité de leur état, ne supporteraient pas la fatigue d'un examen prolongé. C'est donc là une faible ressource pour l'enseignement, qui se fait presque exclusivement avec le matériel fourni par l'ambulatorium annexé à la clinique, c'est-à-dire par les malades venus du dehors à la consultation externe. Si donc, à priori, il doit sembler préférable de suivre une clinique officielle dont les lits paraissent être une riche réserve de malades, on voit qu'en fait cet avantage se réduit à peu de chose; la clinique vaut surtout par la population de son ambulatorium, ce qui la met presque sur le pied d'égalité vis-à-vis des autres services, uniquement alimentés par les malades du dehors. Cependant, ces cliniques ont une supériorité en ce que leur consultation externe est plus fournie à cause de l'attraction que leur enseigne « K. K. Universitäts-Klinik » exerce sur le peuple viennois, si facile à éblouir.

Tout malade qui se présente au traitement externe est d'abord inscrit au protocole. Le *protocole* est un grand registre, dont la tenue est confiée à un aspirant, et sur lequel, très soigneusement, celui-ci inscrit l'état civil et l'adresse du malade ; après examen fait par le professeur, il y joindra le diagnostic posé et le traitement ordonné. Le protocole ne renferme que des observations très courtes, de quatre à cinq lignes au plus ; mais l'exactitude réglementaire avec laquelle il est rédigé en fait une précieuse source de renseignements statistiques ; et on sait combien dans les pays de langue allemande ce genre de documents est recherché. Au reste, ce protocole, malgré son laconisme, semble répondre à toutes les exigences, car il est exceptionnel de voir un aspirant rédiger une de ces longues observations sur le modèle de celle que nos externes des hôpitaux prennent si compendieusement.

Le malade qui a passé par le protocole est muni d'une carte d'identité, et pénètre ensuite dans la salle de consultation ; là, il est recueilli par l'assistant qui rapidement le débrouille et le présente au professeur. Celui-ci pratique l'examen, en présence des élèves réunis autour de lui ; il fait sur son cas une petite leçon de quelques minutes, s'aidant de planches ou de préparations anatomiques qui s'y rapportent ; puis, il le confie à un élève inscrit pour qu'il l'examine ; et le malade chemine ensuite de main en main. C'est le tour d'un

deuxième, d'un troisième patient à subir l'inter rogatoire du maître ; autour de celui-ci les élèves, miroir frontal en tête, guettent leur proie et l'ayant prise, l'entraînent vers leur place, non parfois sans luttes contre un collègue moins heureux qui cherche à la happer au passage. D'autres, plus timides, se contentent de procéder par voie d'échange. Et, pour un étranger fraîchement débarqué, rien n'est curieux comme le grouillement d'une clinique; un peu dépaysé au début, il erre de par les salles à la recherche d'un malade, *quærens quem devoret ;* le patient, flairant le novice aux mains maladroites, se dérobe; mais les aspirants veillent, et ils s'empressent de fournir du matériel à celui qu'ils voient inoccupé. Je tiens à rendre un hommage très mérité à l'extrême complaisance, à la cordiale amabilité de tout le personnel des cliniques; assistants et aspirants se multiplient pour répondre aux appels qui leur sont adressés de tous côtés par les élèves; l'un ne parvient point à mettre en place son miroir, l'autre n'a pas compris l'explication du professeur, un troisième ne peut interpréter une image laryngoscopique, et les aspirants vont de l'un à l'autre, ici rectifiant la position, là commentant la leçon du maître, plus loin fournissant les explications demandées. Un peu plus tard, vers le milieu du cours, le professeur fait appliquer par les élèves les traitements élémentaires; c'est encore l'aspirant qui guide leurs premiers mouvements, et leur enseigne les principes du métier.

Le personnel subalterne de la clinique est exclusivement laïque et féminin ; il est composé d'infirmières très stylées, pleines de respect et de crainte vis-à-vis du professeur, qui d'un signe se fait obéir mécaniquement ; toutes grosses matrones viennoises, d'âge mûr, toutes énormes et toutes si semblables dans leur sarreau de toile rayée de rouge, qu'à voir leur uniforme rotondité on les croirait découpées au même emporte-pièce ; très humbles mais très utiles auxiliaires des élèves, leur rabattant les malades, leur apportant les objets de pansements et très respectueusement les initiant aux menus secrets de la clinique, dans l'espoir d'un pourboire qu'on s'étonne de donner si petit dans une ville où les verres sont si grands.

Chaque élève inscrit prend une place que lui assigne généralement l'assistant, et qui jusqu'à la fin du cours restera sa propriété ; c'est là qu'il devra amener les malades qu'on lui confiera ; il évitera soigneusement, pour n'être pas rappelé à l'ordre, de les examiner ailleurs, dans les cliniques de laryngologie tout au moins.

L'installation qu'on lui donne est fort bien comprise : deux chaises, une pour lui, une pour le patient ; celui-ci est adossé à une table où se trouvent le foyer lumineux et divers objets de pansement, un crachoir, un vase plein d'une solution désinfectante et l'inévitable verre d'eau qui symbolise Vienne. La source lumineuse est fournie

par une lampe à gaz, dont l'éclat peut être accru par l'adjonction d'un bec Auer ; il est classique de placer cette lumière en arrière et à droite du malade, la flamme sise à la hauteur de sa tête ; l'usage du miroir frontal est obligatoire. On ne se sert pas de lumière électrique. Ajoutons enfin que dans toutes les cliniques laryngologiques, les stores baissés jettent une demi-obscurité.

L'élève doit être muni d'une trousse contenant les instruments d'exploration courante : miroirs, speculum nasi, abaisse-langue, etc. ; les instruments nécessaires aux pansements ou aux opérations lui sont fournis par la clinique.

Dans les cliniques otologiques il règne un peu moins de régularité. Ici, d'abord, on travaille au grand jour, certains maîtres aimant à se servir de la lumière diffuse. Les élèves n'ont pas de place assignée ; contrairement à ce qui se passait tout à l'heure, les malades ne changent pas de siège, et ce sont les auditeurs, qui, cette fois debout, circulent, allant de l'un à l'autre pour les examiner. Cette méthode d'examen fait de haut en bas, malade assis, médecin debout, est celle que l'on emploie de préférence à Vienne. L'inspection du tympan se pratique généralement à l'aide du petit miroir à main de von Tröltsch ; c'est du reste le seul instrument que l'élève ait à apporter ; tous les autres lui sont fournis par la clinique.

Tel est, esquissé dans ses grandes lignes, le programme général du fonctionnement des clini-

ques viennoises de laryngologie et d'otologie. Le médecin étranger qui vient y travailler est certain d'y trouver un accueil qui le satisfera : on s'occupera beaucoup de lui. Mais, à son tour, il devra s'interdire tout ce qui pourrait froisser ceux qui ont charge de l'instruire. L'Autriche est un pays éminemment aristocratique où le respect de la hiérarchie est la vertu dominante ; un de ceux qui ont le plus conservé les traditions, et où on attache le plus de prix à la forme des choses et des idées. Le professeur de clinique est un grand personnage, devant lequel il importe de se faire très respectueux, car il a en haute estime sa propre situation ; il faut accepter son enseignement, sans le discuter, sans y rien objecter. L'assistant luimême tient à beaucoup d'égards ; au-dessus comme au-dessous de lui il sait maintenir les distances. Ne jamais perdre de vue la hiérarchie médicale dont on occupe momentanément l'échelon le plus bas ; ne point s'insurger contre les règlements et les habitudes de la clinique ; écouter silencieusement la parole du professeur, en un mot se laisser passivement guider, et se rappeler toujours qu'on est un élève et rien qu'un élève ; voilà les recommandations que je donnerais à mes confrères qui auraient quelque tendance à vouloir importer à l'Hôpital général le sans façon et l'esprit de critique de nos étudiants de Paris. Aussi le ton qui règne à la Policlinique nous convient-il mieux, à nous qui venons de France.

L'Hôpital général, c'est l'enseignement officiel, avec sa raideur un peu hautaine, avec sa discipline administrative ; la Policlinique générale, c'est l'école libre, où règne plus de laisser-aller, plus de camaraderie, où même les professeurs affectent de traiter les auditeurs en confrères. A l'hôpital, on est attentivement surveillé, étroitement guidé, sans la moindre initiative ; on n'opère que le jour où on est jugé suffisamment mûr et sous le contrôle d'un assistant qui vous maintient presque la main. A la Policlinique, la liberté est grande ; souvent on est livré à soi-même ; on a toute latitude pour opérer à son gré ; l'assistant vous y donne des conseils, non pas des règles. De ces deux grandes écoles, l'une ou l'autre convient mieux au tempérament de chacun, sans qu'il soit vraiment possible d'affirmer que celle-ci vaille mieux que celle-là ; tout au plus pourrait-on dire que l'Hôpital général forme mieux l'esprit, que la Policlinique fait mieux la main.



IV

LES CLINIQUES LARYNGOLOGIQUES ET RHINOLOGIQUES

—

I. — CLINIQUE DU PROFESSEUR EXTR. STÖRK

C'est la clinique officielle de laryngologie et de rhinologie de l'Université. Elle se trouve à l'Hôpital général, 1re cour, (coin Nord-Est) 6e escalier, 1er étage.

Le professeur Carl Störk, qui en est le titulaire depuis le commencement de 1892, est un des vétérans de la laryngologie viennoise. Elève de Türck, il enseignait déjà cette spécialité comme docent dès 1864. De nombreux travaux ont rendu son nom très classique. C'est un homme très bon, malgré qu'il soit un peu bourru, très dévoué à ses élèves, quoiqu'il les bouscule par moments. D'une extrême vivacité, d'une ardeur de jeune

homme, malgré ses soixante ans ; un homme qui connaît admirablement son métier, à qui trente années de pratique et d'enseignement ont donné une expérience qu'on ne trouve jamais en défaut ; un maître clinicien pour tout dire. Peut-être son exubérante vivacité le gêne-t-elle un peu pour opérer, sa patience n'étant pas toujours à la hauteur de son habileté ; celle-ci n'en a que plus de mérite. C'est un laryngologiste de vieille roche, fidèle gardien des doctrines de Türck, regardant avant tout le larynx, trouvant la jeune rhinologie un peu trop encombrante et n'ayant peut-être pas pour le nez les mêmes égards que d'autres croient lui devoir témoigner. En un mot, professeur de laryngologie d'abord, et de rhinologie ensuite. Il fut préféré à Chiari il y a deux ans, quand on nomma un successeur à Schrötter. Il parle bien français, et réserve chez lui le meilleur accueil à ceux qui lui sont recommandés par ses amis de France.

Le cours dure six semaines ; il a lieu cinq fois par semaine (sauf le samedi et le dimanche) de dix heures à onze heures. Le prix en est de vingt florins pour les médecins, dix florins pour les étudiants. Le sujet du cours est ainsi formulé dans le programme officiel publié par l'Université : *Démonstration des appareils et instruments nécessaires au diagnostic et au traitement local, avec considérations théoriques, des maladies du nez, de la gorge, du larynx, des voies aériennes et des poumons ;*

mais, en réalité, les maladies des bronches et des poumons y sont laissées de côté. Ce qu'on étudie avant tout et surtout chez Störk, c'est le larynx.

Le professeur a sous ses ordres un seul assistant reconnu par l'Université, et qui récemment encore était le Dr Georg Juffinger, lequel vient d'être nommé docent de laryngologie à la Faculté de Vienne ; celui-ci est aidé par quatre ou cinq aspirants attachés au service, dont le rôle est surtout de faire les pansements et de rédiger le protocole. Mais ils s'occupent aussi beaucoup des élèves, et leurs conseils ne sont pas du tout à dédaigner ; car, ces jeunes gens sont des docteurs, déjà habiles dans leur spécialité et parlant tous assez correctement français (1).

La clientèle de la clinique comprend deux sortes de malades.

1° Des malades hospitalisés, toujours fort peu nombreux : au maximum neuf hommes, neuf femmes. J'ai surtout vu parmi eux des sténoses laryngées en imminence de trachéotomie.

2° Des malades externes de l'ambulatorium, venant à la consultation et au pansement. Le mouvement de ceux-ci est extrêmement important pour deux raisons : parce que la clinique de

(1) Parmi ces aspirants, dont les noms m'échappent, je citerai le Dr Joannovicz, qui, avec une amabilité dont je ne saurais trop le remercier, s'est mis bien des fois à ma disposition, pour me fournir les renseignements dont j'avais besoin pour rédiger ce livre.

Störk est la seule clinique laryngologique officielle de Vienne; et surtout parce qu'elle a lieu à dix heures, heure où l'affluence des malades à l'hôpital est la plus considérable, une des rares heures où les Viennois ne dînent pas. Il y vient environ cinq mille cinq cents malades par an; une moyenne de quinze à vingt nouveaux chaque jour, avec un roulement quotidien de plus de cent malades en traitement. Aucun cours rival n'a de protocole aussi chargé; aussi grâce à cette profusion de « matériel », les élèves sont constamment occupés et non pas obligés, comme dans d'autres cliniques, d'engager entr'eux la lutte pour le malade.

A chaque cours participent une vingtaine d'élèves au moins. Leur nombre pourrait être double, car la clinique est très vaste et dispose d'un grand nombre de places. Mais Schrötter qui fait son cours aux mêmes heures, attire beaucoup les étrangers par sa grande réputation; Störk a surtout les débutants, car, à vrai dire, l'enseignement pratique y est mieux donné, et on y travaille davantage.

La clinique de Störk est, sinon la plus luxueuse, du moins la mieux aménagée de toutes les cliniques laryngologiques de Vienne; son arrangement est du reste tout récent; elle a été installée il y a à peine deux ans dans des salles occupées auparavant par des étudiants malades; très simple du reste, avec des murs blanchis à la chaux, mais

d'une propreté remarquable parce que tous les ans elle est remise à neuf pendant les vacances. On y pénètre par un long vestibule, au bout duquel se trouve le registre du protocole, et où les malades inscrits attendent leur tour de présentation. Ce vestibule donne accès à une grande salle centrale, autour de laquelle sont disposés neuf lits d'hommes, et dont le milieu est occupé par une table, à laquelle peuvent s'asseoir une quinzaine d'élèves. A gauche de la salle d'hommes s'ouvre une deuxième salle, qui est à proprement parler la salle de cours : c'est là que se trouve le professeur, qui y examine tous les entrants et y fait ses conférences cliniques ; autour de cette salle, une dizaine de places pour les élèves spécialement recommandés. A droite, la salle d'hommes communique avec les deux salles de femmes, contenant l'une quatre, l'autre cinq lits ; la morale pourrait blâmer ce voisinage immédiat ; il en est cependant ainsi dans tous les services de l'Hôpital général, et à cette disposition le chef trouve l'immense avantage d'avoir tout son service groupé sous sa main : malades hommes, malades femmes, laboratoire, amphithéâtre, etc. Deux autres petites chambres de la clinique doivent être aussi mentionnées ; l'une est la salle des aspirants qui y pansent les malades ; car le professeur se contente de diagnostiquer et d'opérer ; le plus souvent même on lui amène le malade déjà cocaïnisé. Et ce n'est que vers le milieu du cours qu'il est permis aux élè-

ves de seconder les aspirants. L'autre chambre sert aux pulvérisations : j'y reviendrai dans un instant.

La *lumière* employée à la clinique est celle du gaz ; dans la salle de cours, ont été disposés quelques becs Auer qui donnent un éclairage plus intense et surtout plus blanc. Il n'y a ni réflecteurs, ni lentilles pour accroître ou concentrer l'intensité lumineuse ; au reste, un même bec de gaz sert souvent à deux personnes. On emploie le *miroir frontal de Störk*, un peu lourd, qui s'attache à une articulation à genou sise au milieu de la plaque frontale, et qui, ne prenant pas point d'appui sur la racine du nez, ne me semble pas d'une fixité suffisante. Celui que renferment les trousses laryngoscopiques de Reiner, tout en étant construit d'après le même principe, est plus maniable. Le miroir frontal de Schrötter, à point d'appui nasal, est mal vu à la clinique. Lorsque le professeur veut montrer lui-même le larynx à ses élèves, il y projette la lumière d'un bec Auer, à l'aide du primitif appareil de Türck, une grosse boule de verre, pleine d'eau, suspendue au-devant de la source lumineuse, et jouant le rôle de lentille convergente. Dans ce cas, pas de miroir frontal ; la lumière est placée derrière le médecin, et tangentiellement à son oreille droite les rayons tombent dans la bouche du patient.

Les seuls *miroirs laryngoscopiques*, dont on se serve ici, comme dans toute l'Autriche, sont les miroirs ronds ; tout élève en doit avoir deux,

l'un à manche noir, l'autre à manche blanc, celui-ci placé dans une poche à part, et spécialement destiné aux syphilitiques. L'emploi du miroir à manche blanc, pour les malades atteints de *lues* est un vieil usage, adopté dans toutes les cliniques de Vienne, et que connaissent fort bien les malades ; il se peut qu'il évite des contaminations, mais certainement il sauvegarde bien mal le secret médical.

On ne se sert pas et on ne doit pas se servir d'*abaisse langue* à la clinique de Störk ; c'est là au moins une originalité du maître, qui prétend ainsi simplifier l'instrumentation ; c'est avec le dos du miroir laryngoscopique que l'on doit déprimer la base de la langue. Cela est, à mon sens, un moyen fort incommode et impuissant chez les sujets nerveux, dont la langue résiste en faisant le dos d'âne ; avec lui, un sérieux examen du cavum est difficile à pratiquer ; il est vrai que Störk emploie fort peu la rhinoscopie postérieure. Du reste, s'il a une confiance robuste en son procédé, il ne prêche pas d'exemple, car souvent je l'ai vu se servir de son doigt pour abaisser la langue : or, autant vaut un abaisse-langue qu'un doigt. Mais le malade viennois est si bon enfant !

Pour la rhinoscopie antérieure, on y emploie surtout le *speculum bivalve à manche* (modèles de Roth, de Chiari), usité dans toutes les cliniques viennoises, qui, grâce à l'indépendance et à l'écartement parallèle de ses lames, peut être aisé-

ment retiré quand un instrument, un serre-nœud par exemple, a été mis en place ; très supérieur en cela à notre speculum Duplay, mais plus pénible à supporter pour le malade.

Pour les pansements du nez, de petits cylindres d'ouate gommée, de la grosseur d'une plume d'oie, qu'on laisse en place dans les fosses nasales pendant un temps assez long ; pour le pharynx, le larynx, de gros pinceaux de blaireau. Jamais de de porte-ouate ; une floche peut tomber dans les voies aériennes et causer une broncho-pneumonie ; la chose est déjà arrivée à Vienne.

Störk ordonne à presque tous ses malades des pulvérisations laryngées ; il a fait disposer à cet effet une petite salle de son service. Là se trouvent deux gros pulvérisateurs, l'un à vapeur, l'autre à air, tous deux fonctionnant automatiquement et indéfiniment. Chaque malade arrive à son tour, se place devant l'un des deux instruments, y accroche un petit vase contenant la solution qui lui est spécialement prescrite, reçoit la buée bienfaisante pendant les cinq minutes réglementaires, puis fait place au suivant ; et ainsi de suite. Deux personnes peuvent s'asseoir ensemble devant le même appareil. Les malades apprécient beaucoup cette installation qui est, en fait, une des grandes attractions de la clinique.

La *désinfection des instruments* y est soigneusement faite ; elle est très simplement pratiquée à l'aide de l'eau bouillante ; dans une

grande cuve où de l'eau, additionnée d'un peu de soude caustique, est maintenue à l'ébullition, les objets souillés, après nettoyage et brossage préalables, séjournent au moins une demi-heure. D'autre part, chaque élève du cours trouve à sa place un vase, rempli d'une solution de sublimé au millième, légèrement colorée en rose par de l'éosine ; tous les instruments qui viennent de servir à l'examen d'un malade doivent y rester plongés quelques minutes. Ajoutons enfin que chaque malade venant au pansement apporte avec lui son pinceau spécial.

***

Tel est en quelques mots le fonctionnement de la clinique laryngologique de Störk au point de vue du traitement ; je me réserve, dans la seconde partie de ce livre, de le reprendre et de l'étudier en détail. Considérons le maintenant au point de vue de l'enseignement, qui, il ne faut pas l'oublier, est sa cause finale.

L'enseignement y est essentiellement pratique ; les élèves y sont surveillés de très près, le moins possible livrés à eux-mêmes. Tout débutant est confié à un aspirant qui lui enseigne la technique élémentaire et qui, très rapidement, le met à même de pratiquer un examen. Au bout de quelques jours, on lui choisit des malades typiques, pres-

que schématiques ; plus tard on lui donne les cas anormaux qu'a diagnostiqués le professeur, et qu'on lui explique, en commentant les descriptions du maître. Finalement, on l'exerce à résoudre des problèmes cliniques ; et ainsi, progressivement on l'entraîne ; on l'habitue à reconnaître, pour les avoir vus un grand nombre de fois, un certain nombre de types, qui seront les premiers jalons de son expérience future. Vers le milieu du cours, on lui montre l'a b c du traitement ; on l'exerce surtout à badigeonner un larynx, à y insuffler des poudres. Et c'est à peu près tout le bagage pratique qu'il emporte de cette clinique ; une ou deux fois, s'il a fait preuve de quelque adresse, on lui permet d'enlever un polype du nez, une amygdale, mais toujours sous l'œil de l'aspirant qui soigneusement le contrôle. Toute opération un peu difficile est faite par le professeur, ayant assemblé autour de lui ses élèves.

A côté de cette école de dressage, qui forme surtout l'œil et la main du futur spécialiste, fonctionne un enseignement oral mi-partie théorique, mi-partie pratique, donné par le professeur, très souvent suppléé par son assistant. Les trois ou quatre premiers jours, pendant le dernier quart d'heure du cours, l'assistant fait une démonstration sur l'anatomie et la physiologie du larynx et du nez, très courte, très pratique. A côté de lui est un tableau noir, où il dessine de nombreux schémas, tandis que des larynx circulent dans les mains

des auditeurs : larynx d'hommes et d'animaux, diversement disséqués ; en outre quelques microscopes montrent des coupes des organes normaux. Les jours suivants, la petite conférence qui termine le cours est faite par le professeur lui-même sur un ou deux malades de la consultation, particulièrement intéressants ; Störk cherche à parler surtout aux yeux par des dessins au tableau, par de fort belles planches demi-schématiques qui ornent les murs et surtout par les figures de l'admirable atlas de Türck, que la clinique conserve pieusement en une sorte de tabernacle, comme les tables de la loi laryngologique. Ce qui manque à cet enseignement, ce sont des pièces pathologiques qui mettent dans la main des élèves les lésions que les malades viennent de faire passer devant leurs yeux ; ce qui lui manque aussi, c'est un peu la régularité et la gradation. Störk est plutôt un causeur qu'un professeur ; avec sa parole vive, inégale, où les idées s'entrechoquent parfois, difficile à comprendre des étrangers peu familiarisés avec la langue allemande, il ne s'astreint pas volontiers à faire chaque jour la leçon d'ordonnance, suivant un programme défini ; il aime mieux, au hasard de la clinique, dire deux mots sur tel malade, trois mots sur tel autre, suivant les jours. De préférence il insiste sur ses sujets de prédilection, sur la blennorrhée à laquelle il a attaché son nom, sur le rhinosclérome qu'il se garde bien de confondre avec elle, quoique partout ailleurs à Vienne on

identifie ces deux affections. En un mot, il y a quelques lacunes dans cet enseignement : la parole de ce maître convient mieux à ceux qui, déjà dégrossis, sont en voie de perfectionnement. D'ailleurs, les débutants qui viennent à Vienne s'inscrire à n'importe quelle clinique, doivent déjà bien connaître la partie théorique de leur spécialité, pour profiter au mieux de leur voyage scientifique. Quoi qu'il en soit, la clinique laryngologique de Störk peut être citée comme un modèle du genre ; rien du reste n'en fait mieux l'éloge que le premier mouvement de surprise qu'éprouvent en y entrant ceux qui, comme moi, venus de France, n'en soupçonnaient pas la belle organisation.

II. — COURS DU PROFESSEUR ORD. VON SCHRÖTTER

Ce cours privé a lieu à l'Hôpital général, dans les bâtiments de la troisième clinique médicale, 7e cour, 16e escalier, 1er étage.

Le professeur Léopold von Schrötter, qui en est le chef, est certainement le plus illustre laryngologiste d'Autriche, celui dont le renom s'est le plus étendu au-delà de ses frontières ; sa découverte de la dilatation des sténoses laryngées suffirait à sa gloire. Il fut l'élève préféré de Türck, auquel il succéda, et dont il continua les traditions, les méthodes, si bien que cette clinique est pres-

que la seule où l'on puisse étudier, dans toute sa pureté, la doctrine de la laryngologie orthodoxe. Schrötter dirigea la clinique universitaire de 1870 à 1891. En 1892, il fut nommé professeur ordinaire de la troisième clinique médicale, et Störk le remplaça. Il eut son avancement sur place, conserva ses salles, tandis que la clinique déménagea pour aller s'installer dans les nouveaux bâtiments que nous avons vus; et, quoique désormais professeur de pathologie interne, il continua à faire sa consultation spéciale dans le même local que jadis; de telle sorte que maintenant, depuis sa nomination à l'ordinariat, rien n'est changé en fait à son enseignement; seule, l'étiquette en a été modifiée: ce n'est plus la clinique universitaire impériale et royale, c'est un cours privé, voilà tout.

Schrötter est un homme d'un talent absolument supérieur. Son incroyable activité ne saurait se confiner dans le cercle étroit d'une spécialité; elle s'exerce sur toute la médecine et même en dehors d'elle. La laryngologie n'est presque pour lui qu'un passe-temps; toutes les questions de pathologie interne, les problèmes de l'hygiène moderne surtout l'intéressent. Comme spécialiste, cet homme est hors pair; il possède au plus haut degré toutes les qualités maîtresses de son art, un diagnostic presque instantané que sa très longue expérience ne laisse pas soupçonner et une dextérité opératoire telle, que c'est à désespérer de pouvoir jamais l'acquérir. Le voir opérer un polype

du larynx, c'est presque assister à une séance de prestidigitation. Le malade est assis, déjà cocaïnisé, et attend ; la porte s'ouvre ; Schrötter, toujours pressé, se précipite les cheveux en l'air, le miroir frontal sur l'oreille, ce qui accentue son air gouailleur, entraînant derrière lui son troupeau d'élèves ; à peine a-t-on le temps de prendre ses places ; lui, toujours debout devant le malade, ramène son miroir sur le front, introduit son laryngoscope, regarde son terrain, mesure ses distances, prend sa pince tubulaire, compte : un, deux, trois, et ramène la tumeur que triomphalement il montre, avec un mot de la fin toujours spirituel : *meine Herren, ein grosser kaiserlicher königlicher Polyp* ; et son sourire ajoute : « ce n'est pas plus difficile que cela ! »

Schrotter n'est pas seulement un maître praticien : c'est encore un professeur parfait. Ses petites leçons improvisées, presque à la fin de chaque cours, sont des merveilles de clarté ; il est servi par une parole nette, très élégante, et par la connaissance d'un grand nombre de langues étrangères ; et c'est son amusement préféré que d'interpeller dans son idiome tel de ses auditeurs qui semble ne l'avoir pas compris et de lui traduire ses phrases ; et il mélange si bien les mots que presque il semble, par moments, parler trois langues à la fois.

En dehors de l'hôpital, il jouit d'une situation magnifique. Il est le plus consulté des laryngologistes de Vienne, vraiment prophète en son pays ;

médecin de la cour au surplus, car, il est catholique —chose rare dans le corps médical viennois, surtout composé d'israélites — et de haute noblesse, chevalier de Kristelli. Son hôtel de la Marianengasse est presque un palais, où le médecin étranger est accueilli avec une courtoisie charmante et retrouve, dans l'hospitalité qu'on lui offre, comme un ressouvenir des mœurs patriarcales de la vieille aristocratie autrichienne.

Le cours de Schrotter dure six semaines ; il a lieu tous les jours de dix à onze heures, sauf le samedi et le dimanche. Prix habituel : vingt florins pour les médecins et dix florins pour les étudiants. Le maître, qui a acquis justement le droit au repos, en prend maintenant un peu à son aise ; et partant de bonne heure pour la campagne, il ne fait qu'un seul cours d'été ; au lieu de l'ouvrir, comme tous ses collègues, le deuxième lundi qui suit Pâques, il le commence généralement plus tard, en mai, pour le finir vers le 20 juin. Ce cours chevauche ainsi sur la fin et le commencement de deux périodes habituelles des cours d'été, avril-mai, juin-juillet, de sorte que beaucoup de ceux qui, comme le font le plus grand nombre, se contentent de rester à Vienne les six semaines classiques, n'en peuvent suivre qu'une partie.

Le programme officiel définit aussi ce cours : « *Vorlesungen* » *sur la Laryngologie et la Rhinologie, avec considérations spéciales sur les rapports des maladies du larynx et du nez avec les affections des*

autres organes. Schrötter suit fidèlement son programme : en vrai clinicien, il voit au-delà de son miroir l'organisme qui souffre, et ne limite pas, comme beaucoup d'autres, l'étendue de la maladie aux horizons de sa spécialité ; c'est vraiment chez lui qu'on voit que pour être bon laryngologiste, il faut avant tout être médecin.

Le personnel médical de la clinique est très nombreux ; c'est en réalité celui de la troisième clinique de pathologie interne, qui sert à deux fins : deux assistants, les Drs Geza Kobler et Moriz Koritschoner, et beaucoup d'aspirants Ce cumul nuit un peu aux élèves ; et j'ai entendu dire que le sous-enseignement donné actuellement dans cette clinique est moins bon qu'au temps où elle fonctionnait officiellement. Les assistants actuels en effet sont avant tout des « internist » qui se consacrent à l'étude de la pathologie interne, et font des privatissima, non point sur les maladies du larynx, mais sur la percussion et l'auscultation des poumons ; dans le rôle de moniteurs de laryngologie que la volonté de Schrötter leur fait jouer chaque matin de dix heures à onze heures, je crois qu'ils sont un peu plus figurants qu'acteurs ; si les élèves du cours ne trouvent pas toujours en eux la complaisance à laquelle ils s'attendent, la faute en est peut-être à leur inexpérience en spécialité : un peu de froideur détourne si bien des questions qui pourraient être embarrassantes. Le plus souvent, pendant toute la durée de la consultation, Schröt-

ter ne paraît point, examinant quelques malades dans son cabinet particulier ; les assistants font de même, travaillant surtout pour leur instruction personnelle ; les aspirants prennent modèle sur eux, et les élèves, qui ont payé, murmurent. Ce laisser-aller est tout à l'insu de Schrötter, qui vraiment mériterait d'être mieux secondé.

Ce cours de laryngologie est censé être alimenté seulement par les malades externes venus à l'ambulatorium annexé à la troisième clinique médicale ; le nombre de patients qui s'y présente est moindre qu'à la consultation de Störk, car cette dernière est la clinique officielle vers laquelle est dirigé tout individu qui se présente à la porte de l'Hôpital général, et y demande des soins impersonnels pour son nez ou sa gorge. Cependant, il y aurait « un matériel » bien suffisant pour pourvoir aux besoins de tous les élèves du cours, si la répartition en était faite équitablement. Mais ce n'est pas tout ; Schrötter ne possède point de lits spéciaux, il est vrai, mais il a tous ceux de sa clinique médicale, où il hospitalise qui il veut ; dans ceux-ci il collectionne un grand nombre de cas de laryngopathies rares ; et il s'en fait ainsi une sorte de musée vivant, dont les pièces soigneusement étudiées, sont présentées par lui à la fin de chacun de ses cours, avec une légende explicative orale ; et ces petites leçons cliniques sont du plus haut intérêt.

De quinze à vingt élèves fréquentent ce cours ;

on y voit peu de Viennois ; surtout des étrangers, venus de loin pour entendre le Maître, et apprendre de lui la doctrine classique dans toute sa pureté.

Pour tout local, l'ambulatorium dispose d'une vaste salle, où tout se fait en commun. Au centre deux tables, chacune présidée par un assistant ; à ces tables prennent place les élèves. Suivant la coutume viennoise, chaque élève garde sa même place du commencement à la fin du cours et s'en montre fort jaloux. La disposition de ces places est la même que dans toutes les autres cliniques laryngologiques autrichiennes : deux chaises se faisant vis-à-vis ; sur la chaise adossée à la table, le malade s'assied ; en face de lui, se place le médecin ; et sur la table, en arrière du patient, à sa droite le bec de gaz, à sa gauche le crachoir, le vase plein de solution désinfectante et le traditionnel verre d'eau, car c'est la règle, après tout pansement laryngé, de faire boire le patient pour l'empêcher de tousser. Contre les murs, d'un côté des bancs où s'asseyent les malades, de l'autre la table aux médicaments. Celle-ci du reste se retrouve dans presque toutes les cliniques de Vienne ; sur cette table il y a des pinceaux, des insufflateurs de types variés, puis toutes les solutions, les poudres en usage à la clinique, et enfin une infinité de petits godets ; l'élève, à qui a été confié un pansement, y vient chercher l'instrument et le médicament dont il a besoin ; très parcimonieusement l'infirmière le

lui mesure dans un godet ; et toutes les fois qu'il aura une application topique à faire, il devra venir se fournir à ce buffet pharmaceutique ; car, aucun pinceau, aucune fiole de médicaments se doit traîner sur les tables d'examens. Cela est très bien compris ; l'infirmière est ainsi responsable de la pureté des solutions. de la propreté des pinceaux qu'elle fournit et désinfecte elle-même ; et grâce à ce moyen, malgré le va et vient des élèves et leur inexpérience, l'asepsie des pansements est assurée, chose capitale à Vienne, où la syphilis a toute liberté d'allure, la prostitution y étant peu surveillée.

Dans un coin de la salle est une petite vitrine intéressante ; elle montre, entr'autres choses, la série des corps étrangers que Schrötter et ses élèves ont retirés des larynx de plusieurs générations ; les objets les plus invraisemblables y figurent.

De l'autre côté du palier sur lequel s'ouvre cette salle, se trouve le cabinet de Schrötter : une toute petite pièce où le professeur examine en particulier les malades qui l'intéressent par la rareté de leur cas ou par leurs recommandations. Peu de médecins sont aussi consciencieux que lui ; il passe parfois une heure avec un même patient, le retournant sur toutes ses faces, cherchant des pieds à la tête les tenants et aboutissants de l'affection laryngée, mais finalement arrivant à un diagnostic ferme, où rien n'est laissé au hasard, et où part égale est faite à la lésion locale et à l'état

général qui la supporte. Ce sont des sujets ainsi fouillés à fond qu'il présente à ses élèves ; dans le dernier quart d'heure du cours, on vient s'entasser dans ce petit local qui a peine à contenir tous les auditeurs.

∴

La clinique de Schrötter, qui en ligne directe descend de celle de Türck, est celle qui a le mieux conservé les instruments et méthodes du père de la laryngologie : c'est à ce point de vue la clinique modèle, qui donne le ton à la plupart des cliniques spéciales d'Autriche.

Comme lumière, le gaz ; Schrötter est partisan du bec Auer, et s'en sert chez lui et aussi dans son cabinet de l'hôpital ; mais les élèves n'ont droit qu'au simple bec de gaz sans réflecteur ni lentille, de façon à pouvoir s'en servir quatre à la fois ; quand on s'est entraîné et qu'on a appris à travailler dans cette demi-obscurité, le plein jour des autres éclairages rend la laryngoscopie presque un jeu d'enfant. Le miroir frontal est obligatoire : naturellement celui de Schrötter qui solidement prend point d'appui sur la racine du nez par deux petits coussinets.

L'abaisse-langue d'ordonnance est le vieil abaisse-langue de Türck, bien en main, disposé de façon à toujours être tenu de la main gauche,

et dont la large spatule ramène aisément un dos de langue rétif, et l'efface. Pour le reste, spéculum nasal bivalve, miroirs laryngoscopiques ronds, avec l'obligatoire manche blanc qui dénonce à vingt pas les malheureux syphilitiques, etc.

Les instruments qui servent aux opérations sont classiques et ont été popularisés depuis vingt ans par tous les traités de laryngologie, par tous les catalogues des fabricants. Qui ne connaît la pince tubulaire de Schrötter pour l'extraction des polypes du larynx ? ses sondes dilatatrices des glottes sténosées ? et tant d'autres ?...

La technique de l'examen laryngoscopique est une des choses qu'on apprend le mieux à cette clinique ; toutes les difficultés que peuvent présenter des sujets anormaux, sont prévues et méticuleusement surmontées. Schrötter se tient toujours debout quand il examine un malade ; cela lui est plus commode, car il est petit, mais il ne recommande cette méthode que dans certains cas particuliers. Il emploie toujours la vision monoculaire droite, avec miroir frontal. Il conseille d'apprendre à poser rapidement son diagnostic : car au bout d'un certain temps, l'épiglotte se fatigue ; et le patient a beau émettre le son classique E, elle retombe en arrière et rend l'examen à peu près impossible.

Les obstacles qui d'ordinaire rendent l'examen difficile sont au nombre de quatre : voile trop long et luette pendante ; langue trop bombée ;

épiglotte tombante; colonne vertébrale saillante en avant et au-dessus de l'entrée du larynx. Chacun de ces obstacles peut être surmonté. S'il y a procidence gênante du voile et de la luette, il suffit d'employer un très grand miroir, avec lequel on relève aisément toutes ces parties. Si la langue fait gros dos, l'emploi de l'abaisse-langue de Türck ne réussit pas toujours; la langue déprimée par la palette en son milieu se relève davantage sur ses bords; et sa base, refoulée en arrière, repousse l'épiglotte sur l'entrée du larynx. Schrötter préfère se servir d'un petit abaisse-langue rectiligne, dont la palette est très petite, et avec laquelle il est aisé de déprimer partiellement la base de la langue, tandis que le malade en maintient la pointe solidement au dehors. A la rigueur on peut encore se servir de la *Zungenscheerenspatel* de Türck, pince coudée à larges mors en forme de spatules, dont l'un repousse en haut le voile du palais, tandis que l'autre déprime la langue: instrument actuellement abandonné, il est vrai, à cause de son apparence barbare, mais dont l'application n'est cependant pas pénible. Morell-Mackenzie l'a employé pour examiner le Kronprinz Frédéric, bien qu'au dire de Schrötter cet auguste malade fût le plus tolérant de tous les sujets. Un troisième obstacle à la laryngoscopie peut être constitué par une épiglotte tombante; il y a lieu d'employer alors un releveur dont le plus simple et le meilleur est encore un stylet ordi-

naire recourbé. Enfin une colonne cervicale, à convexité trop accusée, peut venir faire saillie et masquer totalement la vue du vestibule laryngé ; dans ce cas, le malade doit le plus possible rejeter sa tête en arrière ; et le médecin se mettra debout pour l'examiner de manière à ce que les rayons visuels pénètrent dans le larynx presque verticalement de haut en bas.

Plus rarement, il peut encore se faire que de grosses amygdales s'opposent au passage du miroir ; dans ce cas, on se résignera à employer un instrument très petit.

Il arrive parfois que chez certaines personnes, aux réflexes exagérés, l'intolérance pour le miroir est absolue ; la vue seule de l'instrument peut suffir à amener des spasmes de la gorge. Dans de tels cas, la cocaïne est souvent inefficace. Voici un procédé que Schrotter emploie alors avec succès. Le malade assis, les yeux fermés, penche la tête en arrière, et tire fortement la langue ; le médecin se place debout devant lui ; il invite le patient à émettre un son E prolongé en voix de fausset ; pendant cette phonation, et non avant, rapidement il introduit le miroir auquel il a donné d'avance l'inclinaison suffisante, et le place très près du voile du palais, sans toutefois toucher celui ci. A chaque inspiration, le miroir doit être retiré de la bouche. Et ainsi l'examen est possible, malgré les réflexes, à condition que l'instrument ne prenne aucun contact avec les parties molles.

Schrötter arrive encore à examiner assez facilement le larynx d'un enfant, alors même qu'il crie et se révolte. Un aide assied l'enfant sur ses genoux, tient ses jambes entre les siennes, et lui entoure le tronc avec ses bras ; la tête, appuyée sur sa poitrine, est fortement maintenue par un autre aide. Le médecin pince le nez de l'enfant, ce qui l'oblige à ouvrir la bouche pour respirer ; avec un ouvre-bouche, il maintient alors celle-ci ouverte, tandis que, avec la pince de Türck, il relève le voile et abaisse la langue ; dans ces conditions l'image laryngoscopique est d'une netteté parfaite.

Pour l'examen d'un malade couché, Schrötter pose les règles suivantes : malade dans le décubitus dorsal, approché le plus près possible du bord droit du lit, et la tête un peu soulevée par un second oreiller ; sur une table, placée tout contre ce côté du lit, la lumière, qui doit se trouver à trois ou quatre travers du doigt au-dessus de la bouche du malade ; médecin obliquement assis sur le bord du lit.

Je ne dirai qu'un mot de la façon un peu primitive dont se pratique là la désinfection des instruments : elle se fait à l'aide d'une solution de permanganate de potasse, dans laquelle, entre deux examens, l'élève se contente d'immerger un instant miroir ou spéculum ; c'est bien insuffisant vis-à-vis des malades dont la grande part est composée de tuberculeux ; au reste, à Vienne, il sem-

ble qu'on ne craigne qu'une seule chose, qu'on ne se précautionne que contre elle seule : la syphilis, la *lues*.

* * *

Dans l'enseignement de la rhinologie et de la laryngologie, tel qu'il est donné à la clinique de Schrötter, il faut faire pour la critique deux parts bien différentes. L'enseignement propédeutique élémentaire n'est pas ce qu'il y faut louer. Certes, le candidat laryngologiste ne profitera pas s'il arrive à Vienne sans rien savoir, ignorant surtout la théorie de son art ; mais au moins a-t-il le droit d'exiger qu'on lui enseigne les premiers éléments pratiques : il vient là comme il irait à l'école primaire. Or, il ne trouve rien ici que satisfasse son idéal. Veut-il apprendre les premiers éléments ? il y aura grand mal. Monsieur l'assistant fera à peine attention à ce novice ; peut-être le pauvre garçon pourra-t-il arrêter un aspirant au passage ; sa meilleure ressource sera encore la femme fantôme, un étonnant mannequin vivant, qui lui donnera d'excellentes leçons de technique. Pour l'élève plus avancé, les choses ne vont pas mieux ; s'il veut aller chercher un malade sur les bancs d'attente, celui-ci lui brûlera la politesse : tout nouveau va d'abord à l'assistant qui le repasse à l'aspirant... ce qui fait que quand l'élève a eu la

chance d'attraper un sujet, il le garde au pis-aller pendant un temps très long, et cherche à l'échanger contre celui de son voisin. Quant aux opérations, il n'y faut pas songer : les aspirants drainent tout, pour se faire la main ; et je sais tel d'entr'eux qui fait l'accaparement de toutes les queues de cornet, pour la satisfaction d'en remplir un bocal d'alcool, qui a un faux air de cerises à l'eau-de-vie. Schrötter passe bien de temps à autre dans les salles, confiant aux élèves des malades à opérer, et chargeant un aspirant de les surveiller ; mais le maître parti, l'aspirant, par excès de précaution, emmène le malade et l'opère lui-même.

Mais à côté de cette instruction élémentaire, qui ne se donne pas, il y a la leçon clinique du maître, tout à fait transcendante ; et ici la critique désarme : il faut se contenter d'admirer. Dans le dernier quart d'heure du cours, Schrötter invite les élèves à venir s'empiler dans son petit cabinet particulier ; et là, comme compensation des trois premiers quarts d'heure un peu gâchés, il leur donne le régal exquis d'une charmante causerie sur un malade, avec opération sensationnelle pour finir, ou encore le plaisir d'une dissertation historique sur un point de la technique laryngée, avec présentation d'une série d'instruments anciens provenant de l'arsenal de la clinique et dont plusieurs figureraient avantageusement au musée de torture de Nuremberg. C'est du reste un causeur plein de

charme que Schrötter, qui, sous une forme légère et ironique, sait admirablement présenter les choses les plus ardues; nul ne trouve mieux que lui le mot à effet qui épingle un fait dans la mémoire de ses auditeurs; je n'en saurai faire meilleur éloge que de dire de lui que c'est Lasègue traduit en allemand.

Et comme, après tout, ceux qui travaillent chez Schrötter ne sont pas des commençants, mais pour la plupart déjà de bons praticiens étrangers, venus se perfectionner au contact des maîtres, on ne se plaint plus guère, après l'avoir entendu, qu'il soit seul, ou presque seul, à faire les honneurs de sa clinique.

Schrötter est un des maîtres primitifs de la laryngologie; pour lui, la rhinologie est encore sa toute petite sœur cadette, qui n'a point tant grandi qu'on a voulu le prétendre, et qui ne mérite que peu d'égards. Aussi s'en occupe-t-il à peine, et ne fut-ce que sur la demande expresse des élèves que, pendant mon séjour, il consentit à lui consacrer une ou deux leçons. Il rejette la plupart des opérations intra-nasales, ailleurs couramment pratiquées, comme barbares et hasardeuses, faisant courir au malade des risques inutiles; car, quoique foncièrement médecin, il ne croit pas au rôle important qu'on tend à faire jouer au nez en pathologie générale. Pour ce qui est des sinusites, il semble s'en soucier peu : n'est-ce pas lui, du reste, qui, avec sa raillerie impitoyable, a dit à

Heryng que son procédé d'éclairage de la face par transparence était un élégant enfantillage ?

Mais cela importe peu ; ailleurs on trouvera à apprendre à Vienne la rhinologie moderne ; ce que nous demanderons à des professeurs de l'envergure de Schrötter, c'est de nous faire profiter de leur colossale expérience laryngologique ; et maintenant que le nez envahissant tend de jour en jour à empiéter sur le domaine jadis réservé au larynx et à l'oreille, il y a tout avantage, pour se garder un peu de cette tendance, à venir se former à l'école des grands maîtres autrichiens, qui, avec une pointe d'intolérance, ont conservé très pures les doctrines classiques qui sont la base de nos connaissances spéciales.

III. — COURS DU PROFESSEUR EXTR : CHIARI

Il a lieu à la salle de cours qui se trouve au deuxième étage du bâtiment de la direction, dans la première cour.

Le professeur Ottokar Chiari est un jeune, un des spécialistes que les médecins viennois tiennent en la plus haute estime ; et les médecins étrangers qui ont lu ses travaux et suivi ses leçons sont unanimes à ratifier le jugement de ses compatriotes. Il est tout à fait à l'avant-garde des chercheurs, au

courant des découvertes les plus récentes, sans cependant se laisser aller à un fol enthousiasme pour certaines nouveautés suspectes ; tout en étant homme de progrès, il a gardé, des longues années où il fut assistant de Schrötter, un esprit très classique, dans lequel se retrouvent toutes les qualités de son maître. C'est un clinicien au jugement très sûr, sans partis pris comme sans entraînements, et qui inspire une confiance absolue aux élèves qui l'écoutent. Il n'est pas, comme Schrötter, un opérateur brillant qui étonne la galerie ; mais, pour être un peu froid, son jeu opératoire n'en est pas moins sûr, et son habileté de main charme les connaisseurs qui admirent avec quelle simplicité elle sonde un sinus ou ramène une queue de cornet.

Chiari est d'une affabilité extrême pour ses élèves. Grand et mince, les cheveux déjà grisonnants, le regard fin et très doux, avec un sourire toujours prêt à s'épanouir dès qu'on l'aborde, il réalise vraiment cet idéal du maître aimable et complaisant que l'on s'attend à rencontrer en arrivant à Vienne. Ses malades l'adorent, parce qu'il est envers eux d'une douceur extrême ; et ses élèves en font le plus grand cas, parce qu'il ne cesse pas de s'occuper d'eux, parce qu'au moindre appel il accourt les aider, parce qu'il se consacre tout entier à son enseignement. Il parle couramment français, et met une certaine coquetterie à instruire, dans sa propre langue, l'étranger qui vient travailler à son cours.

Avec un homme de cette valeur, l'Ecole laryngologique viennoise maintiendra encore longtemps sa renommée.

Le cours de Chiari ne dure que cinq semaines, mais il a lieu tous les jours non fériés, même le samedi; il commence à onze heures et demie, et ne se termine que vers une heure. Prix ordinaire : vingt florins. Le programme officiel l'annonce ainsi : *Laryngoscopie et Rhinoscopie avec exercices pratiques et démonstrations sur les sujets sains et malades*; et, en réalité, les maladies du nez et des sinus y sont traitées avec au moins autant d'importance que celles du larynx.

Chiari n'a, comme tout personnel, pour l'aider, qu'un assistant et une infirmière. Comme matériel, il ne dispose que de malades venus du dehors et malheureusement peu nombreux, car cette heure tardive est incommode pour eux; presque tous ont déjà été attirés, de huit heures à onze heures, par les consultations de Schnitzler, de Schrotter et de Störk.

Le local où se tient le cours est assez mal aménagé. Chiari n'est point ici chez lui, comme le sont Störk et Schrötter; son cours étant absolument privé, sa consultation libre, il n'a pas droit à une salle d'hôpital. Il occupe momentanément une grande pièce du bâtiment de la direction, pompeusement dénommée *medicinischer Hörsaal*, qui, dans la même journée, donne l'hospitalité à plusieurs cours libres. Aussi n'y a-t-il pas d'installation

fixe : au moment du cours, l'infirmière sort d'une grande armoire les instruments nécessaires, et les y renferme soigneusement, la leçon finie ; ceux-ci sont réduits au minimum strictement utile.

Dans cette salle, les stores constamment baissés mettent une demi-obscurité ; il est à remarquer, du reste, que tous les laryngologistes viennois cherchent à intercepter le plus possible la lumière solaire, tandis qu'au contraire les otologistes travaillent en plein jour. Au milieu de la salle sont quatre petites tables, ne donnant en tout que seize places.

Il serait certes à désirer que Chiari eût une installation plus digne de lui ; néanmoins, cet aménagement, tout improvisé et incomplet qu'il soit, nous fournit un exemple utile : il nous montre ce que peut faire un homme de talent avec des éléments pourtant insuffisants, et nous prouve que le luxe inouï et dispendieux des installations modernes n'est point, tant qu'on le croit, indispensable aux progrès de la science.

Du reste, ces seize places, on se les dispute ; le cours de Chiari est le seul, ayant trait à notre spécialité, qui refuse du monde ; il s'y faut faire inscrire plusieurs mois d'avance pour avoir chance d'y être admis ; et beaucoup de médecins sont heureux d'y être reçus comme auditeurs surnuméraires, n'ayant point de place désignée, et devant se contenter d'écouter les leçons du professeur. Nul cours, du reste, n'a un public mieux composé ; on y voit

surtout des assistants venus d'Allemagne, un peu sévères dans leur appréciation sur les vieux maîtres viennois, et trouvant ici un enseignement qui satisfait les plus difficiles; en revanche, on y rencontre peu d'étudiants autrichiens, qui préfèrent les leçons plus simples de Störk; on n'y coudoie pas non plus ces émigrés de l'Amérique du Nord, tous plus ou moins professeurs de plusieurs Universités, qui ont préféré établir leur quartier général dans la Policlinique aux allures plus libres. Pour comprendre et apprécier l'enseignement de Chiari, il ne faut pas être un débutant.

La vogue méritée du cours de ce professeur tient à trois éléments de succès. C'est d'abord que le maître s'occupe constamment et individuellement de ses élèves ; c'est qu'ensuite il les fait tous opérer ; c'est surtout qu'il est un des rares Viennois qui enseignent vraiment la rhinologie. Et c'est bien plus encore le nez que le larynx que l'on va apprendre chez lui.

*
* *

Chiari, faisant en quelque sorte de l'enseignement supérieur de la spécialité, ne procède pas de la même façon que ses collègues ; son cours ne remplit pas les deux conditions majeures que j'ai

signalées plus haut : il n'est ni complet, ni graduel. Cela a d'ailleurs peu d'importance, puisqu'on y vient surtout pour s'y perfectionner. Sa méthode se rapproche plutôt de celle de nos cliniciens français ; il prend le malade que lui amène le hasard de la consultation, l'interroge, le fouille avec le plus grand soin devant les élèves réunis ; il fait, sur son cas, une petite causerie, toujours très documentée ; puis, il le remet entre les mains d'un des auditeurs qui, à son tour, devra l'examiner longuement et dans tous ses détails. La pénurie des malades consultants se trouve donc, par le fait, devenir une circonstance heureuse, puisqu'elle oblige les élèves, qui ne veulent pas rester inoccupés, à approfondir leurs examens ; elle leur donne de meilleures tendances que celles qu'ils prennent aux autres cliniques, où l'abondance du matériel les expose à contracter l'habitude d'un diagnostic trop superficiel. Au reste, on ne demeure jamais inoccupé à ce cours ; quand il y a chômage d'opérations, Chiari réunit son auditoire dans un petit cabinet attenant à sa salle, et là, pièces en mains, fait d'excellents cours pratiques d'anatomie ou de technique spéciales.

Il attache une grande importance aux diverses manières de placer le spéculum et le miroir pour examiner les organes malades, ainsi qu'aux positions que doivent prendre médecin et patient ; il est persuadé que beaucoup d'erreurs de diagnostic seraient évitées si on s'astreignait à une technique

plus rationnelle, et il condamne la négligence de certains spécialistes qui, quels que soient leurs malades, restent invariablement assis pendant toute leur consultation, les examinant tous d'une même manière banale.

Une rhinoscopie antérieure bien faite doit, sauf dans les cas de sténose nasale accentuée, permettre au regard d'explorer suffisamment le cavum ; pour pouvoir bien s'orienter dans la région postérieure, il est nécessaire d'y avoir un point de repère ; pour cela, il faut faire dire 1 au malade plusieurs fois de suite ; on voit alors dans le lointain, au niveau du plancher des fosses nasales, une masse rose monter et descendre alternativement : c'est le dos du voile du palais ; toute tumeur se trouvant à ce niveau appartient donc au pharynx nasal.

La rhinoscopie postérieure, pour l'examen du cavum, est le complément de la première. Chiari condamne absolument le releveur du voile, qui, dit-il, inflige une véritable torture aux malades ; il affirme qu'avec un petit miroir, beaucoup de patience, et au besoin un peu de cocaïne en solution très concentrée, au cinquième, (les solutions faibles étant inefficaces et excitant inutilement les réflexes pharyngiens) on peut arriver à rhinoscopier tous les individus. Par exemple, il importe que le malade soit placé sur un siège très élevé, mieux encore debout, la tête fortement penchée en avant ; les enfants doivent être assis sur le dossier d'une

chaise ou plutôt sur une chaise posée sur une table. C'est du reste une règle, que chez les enfants qu'on soupçonne être porteurs de végétations adénoïdes, il faut toujours commencer par essayer de faire le diagnostic à l'aide de la rhinoscopie postérieure ; et si l'on ne peut y parvenir, alors seulement on pratiquera l'examen digital. Le toucher rhino-pharyngien fait d'emblée est brutal ; il est la ressource des maladroits.

L'examen trachéoscopique est un des points de sa technique sur lesquels Chiari aime à attirer l'attention de ses élèves, d'autant plus que c'est là un mode d'investigation généralement fort mal appliqué. Tous les préceptes qui règlent une bonne trachéoscopie sont déjà excellemment donnés par Türck dans son livre paru en 1866 ; on y trouve même nettement exposée la méthode que Kilian a récemment découverte à nouveau et baptisée; ce qui prouve qu'avant de rien inventer, les chercheurs devraient d'abord lire les auteurs classiques.

Dans la position ordinaire de la laryngoscopie, le miroir ne montre qu'une très minime portion de la surface trachéale : la partie antérieure des deux ou trois premiers anneaux, tout au plus. Si l'on veut pratiquer une inspection de tout le conduit trachéal, il faut observer les quatre règles suivantes :

1° — le miroir sera tenu, non point incliné à 45°, mais presque horizontal.

2° — en conséquence, la lumière et le rayon visuel devant arriver sur lui de bas en haut, le médecin restant assis, le malade sera debout, la tête inclinée en avant.

3° — le miroir sera placé un peu plus en avant dans la bouche que s'il s'agissait de faire l'examen du larynx ; il ne doit pas repousser la luette contre la paroi pharyngienne postérieure, mais seulement prendre place au-devant d'elle.

4° — enfin, la source lumineuse devra être très forte, car ses rayons ont beaucoup de chemin à parcourir et une grande surface à éclairer. Le simple bec de gaz ne suffit pas dans ces cas : il faut y adapter un bec Auer. Avec les appareils peu mobiles qui fournissent la lumière de Drummond, la trachéoscopie est matériellement impossible ; le miroir frontal est indispensable pour pouvoir donner aux rayons lumineux la direction presque verticale de bas en haut.

L'inclinaison à donner à la tête du malade varie cependant selon les individus ; car la direction de la trachée est variable, suivant étroitement la courbure de la colonne. Le plus souvent, son axe forme avec celui du larynx un angle obtus ouvert en arrière : dans ce cas, les préceptes indiqués plus haut doivent être observés ; plus cet angle à sinus postérieur sera fermé, plus le malade devra pencher sa tête sur sa poitrine ; dans ce mouvement, en effet, le larynx se porte en avant ; et comme la trachée reste en place, leurs

deux axes tendent à se placer suivant une même ligne.

Beaucoup plus rarement, une disposition inverse s'observe : l'angle obtus laryngo-trachéal regarde en avant. Dans ce cas, le malade devra pencher la tête en arrière ; mais il ne faut pas se dissimuler que l'examen trachéoscopique est alors fort difficile.

Dans les cas enfin où un goître, une tumeur du cou repoussent l'organe vocal à droite ou à gauche, le malade devra incliner la tête vers le côté où est déviée l'entrée du larynx ; il sera utile également qu'un aide, par une pression extérieure sur le cou, cherche à redresser le conduit aérien.

Même pour qui suit méticuleusement ces règles, la trachéoscopie est une exploration difficile ; elle réclame une certaine expérience, beaucoup de patience ; et ce n'est souvent qu'après avoir fait revenir un malade plusieurs fois, qu'on arrive à avoir une vue suffisamment nette de son conduit trachéal.

Avec le même soin, Chiari enseigne à ses auditeurs les procédés opératoires les plus modernes, toujours avec cette excellente méthode didactique qui consiste, après leur en avoir montré lui-même l'exécution, à les leur faire individuellement répéter, tout en les guidant par une étroite surveillance, de peur que livrés à eux-mêmes, ils ne prennent quelque mauvaise habitude dont ils auraient plus tard une grande peine à se corriger. Et

entre Schrötter qui fait tout lui-même et Schnitzler qui laisse tout faire, il y a comme moyen terme, de beaucoup préférable aux autres, Chiari qui sait que les élèves ont autant à perdre de ce défaut que de cet excès d'initiative. Aussi se forme-t-on très vite à son école.

Mais ce qui attire surtout les auditeurs à ce cours, je l'ai déjà dit, c'est qu'il y règne des tendances essentiellement modernes ; la rhinologie y occupe le rang auquel elle a droit, et n'est pas tenue à l'écart comme dans d'autres cliniques ; on ne se contente pas d'y diagnostiquer des *rhinitis acutissima*, *acuta* ou *subacuta*, mais l'on fouille avec soin les méats, et l'on sait explorer tous les sinus, fussent-ils sphénoïdaux ; on ne croit pas que lavages et badigeonnages soient le dernier mot de la thérapeutique nasale, mais on se tient au courant de tous les progrès de la clinique spéciale, on masse les muqueuses, on tamponne et on curette les sinus, on enlève les végétations adénoïdes par des procédés tous neufs ; c'est, en un mot, le seul endroit de l'Hôpital général où l'on puisse vraiment apprendre la pathologie nasale.

Et c'est pour toutes ces raisons que l'enseignement de Chiari est si recherché des élèves. Pour ceux qui ne sont plus des débutants, et qui veulent devenir des spécialistes sérieux, c'est certainement le meilleur cours *officiel* de rhinologie et de laryngologie qui se donne à Vienne.

IV. — COURS DU PRIVAT DOCENT ROTH

Cours de laryngoscopie et de rhinoscopie, durant cinq semaines et ayant lieu six fois par semaine, de deux heures à trois heures.

Il est fait dans l'amphithéâtre du professeur Kahler, à la deuxième clinique de pathologie interne, 9e cour, escalier n° 32, 1er étage, salle n° 96. On y arrive directement par la porte Ouest de l'Hôpital qui donne sur le Garnisonsgasse.

Honoraires : vingt florins.

V. — COURS DU PRIVAT DOCENT GROSSMANN

Cours de laryngoscopie et de rhinoscopie, durant également cinq semaines, ayant lieu tous les jours, sauf le dimanche, aux mêmes heures que le précédent.

Il est fait dans la même salle que le cours du professeur Chiari.

Honoraires : vingt florins.

Je ne puis donner de détails sur ces deux cours, ne les ayant pas suivis.

Roth s'occupe plutôt de rhinologie, Grossmann

de laryngologie ; ils donnent un enseignement simple, tout à fait à l'usage des débutants, et spécialement suivi par les Viennois. Le nombre de malades qui s'y présente est fort restreint ; aussi le but de ces leçons est-il surtout d'enseigner le technique élémentaire ; on y fait peu d'opérations.

Tous deux ont lieu à une heure fort incommode : celle du *mittagessen*.

VI. — CLINIQUE DU PROFESSEUR EXTR : SCHNITZLER [1]

Cette clinique se trouve au premier étage de la nouvelle Policlinique générale, 12 Marianengasse.

---

[1] Il se pourra qu'on relève quelques erreurs dans ce chapitre ; il se pourra encore qu'on trouve mal fondées les critiques, d'ailleurs légères, que je formule sur le cours de Schnitzler ; je n'ai pas vu, en effet, cette clinique fonctionner dans des conditions normales : pendant mon séjour à Vienne, le professeur Schnitzler, convalescent d'une pneumonie grave, n'a paru que peu de fois dans son service, et n'a pu faire d'enseignement ; malgré le zèle et les efforts de ses assistants, l'absence du maître se faisait sentir. D'autre part, la nouvelle Policlinique n'était pas ouverte ; les cours avaient encore lieu dans la Schwarzspanierstrasse. Une partie de ce chapitre a donc été rédigée avec les renseignements qui m'ont été donnés et non d'après mes notes personnelles. Je tiens à remercier ici les docteurs Hajek et Eitelberg qui m'ont très gracieusement fourni les documents dont j'avais besoin ; venant d'une source aussi autorisée, ceux-ci ne peuvent manquer d'être d'une exactitude aussi grande que je le souhaitais.

Le Docteur Johann Schnitzler, qui en est le chef, est professeur extraordinaire et conseiller d'état; il est de plus directeur de la Policlinique. C'est un homme d'une soixantaine d'années, de la génération de Schrötter et de Störk, fort connu, du reste, par de nombreux travaux.

Chacun de ses cours a seulement une durée de quatre semaines, et n'a lieu ni le samedi, ni le dimanche. Par contre, chaque séance quotidienne dure deux heures, de huit heures à dix heures du matin. Le prix en est de vingt florins.

Schnitzler a sous ses ordres deux assistants : l'un est son fils, le docteur Arthur Schnitzler, l'autre, son gendre, le docteur Marcus Hajek; et quelques aspirants, dont l'un tient le protocole, très soigneusement.

Jusqu'à la fin de 1892, la Policlinique n'était ouverte qu'aux consultants externes ; les malades qui y subissaient de grandes opérations étaient ensuite renvoyés chez eux et revenaient à la consultation se faire panser. Pendant les hivers terriblement froids qu'on subi à Vienne, cette organisation défectueuse n'était pas sans entraîner des accidents. Actuellement, dans la nouvelle Policlinique, cet inconvénient n'existe plus. Tout patient dont l'état nécessite une intervention importante, est hospitalisé dans les bâtiments du rez-de-chaussée; et on l'opère dans une des deux salles d'opérations qui y sont annexées; celles-ci ont le petit inconvénient d'être communes à tous

les services de la Policlinique, mais elles sont conçues d'après les dernières exigences de la chirurgie ; et le contraste est grand entre leur luxe et la simplicité vraiment trop primitive des salles de l'Hôpital général.

La clinique de Schnitzler soigne environ cent malades par jour, dont dix à douze nouveaux ; clientèle un peu moindre que celle de la clinique officielle de Störk, mais encore largement suffisante pour les besoins des élèves.

Ceux-ci sont assez nombreux, une vingtaine au moins par série. La population médicale qui fréquente ce cours est, du reste, toute spéciale ; elle est en grande partie formée par des médecins de l'Amérique du Nord, dont beaucoup passent à Vienne six mois, un an et même davantage ; ce sont pour la plupart des Américains issus d'émigrés venus de Prusse et d'Autriche, parlant fort bien l'allemand, qui est leur langue ancestrale et aimant à vivre là où ils retrouvent une ancienne patrie. Ils demeurent ainsi pendant de longs mois à la Policlinique, dont ils deviennent presque des assistants volontaires ; la très grande liberté qui y règne les retient ; ils s'y trouvent presque chez eux, opérant à loisir, ayant chacun son petit noyau de clientèle, qui lui est fidèle. Cela est au mieux pour eux ; mais les autres, les élèves venus d'Allemagne, de Russie, de France, trouvent ces prérogatives quelque peu gênantes ; malgré l'extrême bon vouloir des assistants, ils restent souvent inoccu-

pés, tandis qu'auprès de leurs voisins plusieurs malades attendent leur tour de pansement ; de là naissent souvent des froissements, d'autant plus que cette colonie laryngologico-américaine, très unie et très fermée, n'a que fort peu assimilé la courtoisie des mœurs viennoises.

La clinique de Schnitzler est admirablement installée dans les nouveaux bâtiments de la Marianengasse. Elle se compose de sept pièces, dont cinq grandes salles. La première sert de salle d'attente aux malades ; dans un coin de celle-ci se trouvent les appareils d'inhalation et de pulvérisation qui jouent un très grand rôle à Vienne. Deux autres salles, éclairées à la lumière électrique, servent aux examens laryngoscopiques faits par les élèves ; une chambre voisine est réservée aux malades qu'on veut déshabiller et examiner à fond ; car Schnitzler s'occupe des maladies de tout l'arbre aérien, se spécialise autant pour la poitrine que pour le larynx, et ausculte les malades avec un soin particulier, demandant souvent le diagnostic d'une laryngopathie à son oreille autant qu'à son miroir. A côté de ces pièces est une magnifique salle de cours. Une vitrine renferme tous les instruments nécessaires ; parmi eux il s'en trouve beaucoup ayant un grand intérêt historique. En outre, la clinique dispose encore, au rez-de-chaussée, d'un cabinet muni d'appareils d'électricité et d'inhalation.

*
* *

Les élèves se servent, à la clinique de Schnitzler des instruments qu'ils veulent ; il n'y a point ici de spéculum ou d'abaisse-langue réglementaire. Comme ailleurs, la clinique met à la disposition de ceux qui la fréquentent les instruments nécessaires aux pansements ou aux interventions. Cependant, si l'on désire faire beaucoup d'opérations, il vaut mieux, pour ne pas perdre de temps, apporter soi-même pinces, serre-nœuds etc. ; la consultation finie, l'infirmière les enferme, en toute sûreté, dans une armoire où on les retrouve le lendemain. Quelques américains ont ainsi, en consigne, des valises renfermant tout un arsenal.

Ici encore on observe strictement la règle qui astreint le syphilitique au miroir à manche blanc. La désinfection, très sommaire, se fait en plongeant les instruments dans une émulsion de créoline que chaque élève trouve à la portée de sa main ; quant aux pinceaux, la plupart des malades ont pris la bonne habitude d'apporter chacun le sien.

Schnitzler examine ses malades en se tenant debout, mais les opère assis. Il place le miroir frontal au milieu de son front, et regarde avec ses deux yeux, à l'inverse de Schrötter qui recommande la vision

monoculaire droite ; il prétend ainsi être moins gêné que s'il avait le miroir au devant de l'œil. Il aime aussi faire ses examens à la lumière solaire ; et, près d'une fenêtre, adapté à un support articulé, se trouve un miroir plan, fournissant des images laryngiennes d'une netteté merveilleuse.

.
. .

La policlinique, en temps ordinaire, fonctionne de la façon suivante : « Les malades nouveaux « sont examinés d'abord par le professeur « Schnitzler et un de ses assistants ; ensuite, s'il « s'agit d'un cas vulgaire sans intérêt, le malade « est vu par quelques élèves seulement ; mais si « c'est un sujet rare ou curieux, il est examiné suc- « cessivement par tous les élèves ; et quand le pro- « fesseur trouve que le malade se fatigue, il le fait « revenir le lendemain pour que ceux des élèves « qui n'ont pu le voir la veille, l'examinent. « Schnitzler se tient constamment à côté de ses « élèves, ainsi que ses assistants ; il leur expli- « que les diverses lésions nasales et laryngiennes « qu'ils doivent remarquer et, de temps à autre, « leur en dessine un schéma explicatif ; d'autres « fois, il corrige un diagnostic erroné ou surveille « le traitement qu'applique lui-même l'élève » (Botey).

Mais cette surveillance du professeur et de ses assistants n'est jamais importune. A-t-on besoin d'eux, les appelle-t-on, toujours on les trouve prêts à conseiller, à aider. Préfère-t-on travailler seul, livré à soi-même, opérer en toute tranquillité sans témoin qui intimide, on le peut toujours, nul n'interviendra. C'est là un des côtés les plus séduisants de la Policlinique, que cette demi-indépendance qu'elle tolère; les élèves apprécient hautement cet avantage de pouvoir mettre en pratique, presque aussi librement que s'ils étaient chez eux, les enseignements et les exemples qu'on leur a donnés à l'hôpital, avec cette ressource précieuse de pouvoir appeler immédiatement un maître à leur aide, s'ils rencontrent quelque difficulté. On le voit, c'est ici tout le contraire de ce qui se passe au cours de Schrötter où les élèves ne font presque rien par eux-mêmes, et se bornent à être les spectateurs du maître qui opère. Ce n'est pas non plus le même principe que chez Chiari, où tout élève qui opère est constamment surveillé et guidé par le professeur. C'est une manière libre, peut-être mauvaise pour les novices, mais qui convient mieux à ceux qui, hier élèves, seront demain praticiens.

Il y a plus encore; il règne à ce cours une aimable familiarité qu'on ne trouve pas ordinairement à l'Hôpital général, dans les cliniques officielles où le moindre assistant a conscience de sa dignité de fonctionnaire impérial et royal. Le contact s'établit

mieux entre maîtres et élèves ; il s'y fait de causeries pleines de bonhomie, dont on retire plus de profit que des leçons magistrales. Les assistants M. Hajek et A. Schnitzler sont plutôt des camarades que des moniteurs ; jamais leur amabilité se lasse de renseigner ceux qui, enhardis par elle, ne se gênent pas pour mettre à contribution l'expérience de ces jeunes maîtres. Et comme tous deux parlent également bien anglais et français, on les entoure. Leurs leçons complètent au mieux l'enseignement du professeur. Comme ses contemporains, Schnitzler fait surtout la part grande à la laryngologie ; Hajek, au contraire, s'occupe de rhinologie avec une prédilection spéciale. Il suffit de voir les élèves se grouper autour de lui quand, examinant un nez, il se laisse aller à quelque causerie clinique, pour juger en quel estime on le tient ; mais ceux-là seuls qui suivent ses cours particuliers, peuvent vraiment apprécier la valeur de son enseignement [1].

VII. — COURS PARTICULIER DU Dr HAJEK.

La plupart des assistants de laryngologie font des privatissimes ; mais celui-ci a une telle vogue, que je ne saurais le passer sous silence.

---

[1] Le professeur Johann Schnitzler est mort le 2 mai 1893, à l'âge de 59 ans. Il est remplacé à la Policlinique par le professeur Chiari.

Hajek est un homme jeune, quoique ses travaux scientifiques soient très nombreux et que plusieurs d'entr'eux, son étude sur l'ulcère perforant du nez en particulier, aient rendu son nom déjà classique; c'est un maître destiné à devenir, aux côtés de Chiari, une des personnalités de l'Ecole viennoise; dans notre spécialité, il tient déjà une des premières places, car il ne limite pas, comme beaucoup d'autres, les efforts de son intelligence à combiner des opérations ou à modifier des instruments; tout en étant parfait clinicien, il s'est formé à l'école de Zuckerkandl, de Weichselbaum, et a déjà publié de remarquables recherches sur l'anatomie pathologique et la bactériologie des premières voies aériennes. Mais, ce qui en lui frappe surtout ceux qui vont à Vienne, c'est son grand talent d'enseignement.

Il fait chaque jour deux cours particuliers. Ce sont des privatissimes, n'admettant que dix élèves, de véritables repétitions, qui naturellement ne s'annoncent pas publiquement, et pour lesquelles on ne se fait point inscrire à l'Université. Chaque série dure cinq semaines, une heure chaque jour, sauf le dimanche; le prix en est de trente florins.

Ces cours ont lieu dans une des salles de la clinique de Schnitzler.

Le premier, purement théorique, roule sur l'anatomie et la physiologie du nez, de la gorge et du larynx; il a lieu de sept heures à huit heures du matin.

Le second, essentiellement clinique, est fait de dix heures à onze heures, immédiatement après la leçon de Schnitzler ; c'est un cours de technique, de diagnostic et d'opérations.

Ces deux cours — le second surtout — sont tellement recherchés, que ceux qui, venant travailler à Vienne, désirent y prendre part, feront bien de s'y faire inscrire plusieurs mois d'avance. Je ferai remarquer également, qu'étant donné l'abondance des Américains à la Policlinique, il n'est pas rare qu'Hajek fasse deux séries de cours, alternativement l'une en allemand, l'autre en anglais.

Son cours d'anatomie constitue un enseignement tout à fait supérieur, convenant seulement à ceux qui visent à devenir mieux que des arracheurs de polypes ; pour ces derniers, les préambules anatomiques et physiologiques qui ouvrent les cours ordinaires suffisent. Trente leçons en majeure partie consacrées à étudier le nez et ses sinus, peuvent sembler fastidieuses ; mais il s'agit ici d'une anatomie qui ne rappelle que de très loin celle que nous avons apprise sur les bancs de l'école. Chaque méat, chaque apophyse est minutieusement étudiée ; tous ces détails sont mis en valeur par des déductions cliniques et surtout opératoires, qui préviennent bien des erreurs. L'anatomie qu'enseigne Hajek parle surtout aux yeux ; de nombreuses pièces où se retrouvent toutes les anomalies de ce nez, si capricieusement irrégulier qu'il semble que son état normal soit de

ne pas être régulier, des préparations histologiques pleines d'à propos, et surtout des schémas faits au tableau et qui forcent la mémoire, voilà qui, bien mieux que la lecture des auteurs, donne ici, au futur spécialiste, la base d'une solide instruction.

Le cours de clinique est le complément du précédent; Hajek y fait faire à ses élèves les opérations les plus compliquées, telles que la restauration des cloisons déviées, par un procédé personnel que j'indiquerai plus tard. Mais le meilleur qu'on en emporte, c'est de savoir examiner un nez, et d'avoir appris à se garder de ces diagnostics instantanés qu'on pose d'un coup de spéculum, comme par intuition. L'œil, dit Hajek, ne peut explorer qu'un quart à peine de la surface des fosses nasales; dans toutes les parties inaccessibles à la vue, c'est le toucher, c'est-à-dire la sonde, qui est le prolongement de notre doigt, qui peut seul nous renseigner. Il n'y a pas de diagnostic rhinologique possible sans sonde; avec elle, dit-il, un aveugle commettrait moins d'erreurs dans un nez, que celui qui se bornerait à regarder sans toucher. Et du reste, même muni de la sonde, quelle prudence le rhinologiste ne doit-il pas montrer dans ces diagnostics; affirmer d'emblée, au premier examen d'un nez qui suppure, que tel ou tel sinus est atteint, c'est sûrement se tromper. Pour définir la source d'une rhinorrhée, ce n'est souvent qu'au bout d'un mois, après des examens répétés, après

ponctions et lavages explorateurs de plusieurs sinus, qu'on peut hasarder une hypothèse qui ait quelque apparence de raison.

On est peu habitué à connaître la rhinologie, telle que la présente Hajek ; ainsi comprise, elle mérite vraiment une large place en nosologie.

V

LES CLINIQUES OTOLOGIQUES

—

I. — CLINIQUE DU PROFESSEUR EXTR : POLITZER.

C'est une des deux cliniques officielles d'otologie. Elle se trouve à l'Hôpital général, dans la première cour, à gauche, au rez-de-chaussée, salle 14 b ; un grand écriteau noir, qui de loin attire les regards, en indique l'entrée.

Le professeur Adam Politzer est depuis plus de trente ans le titulaire de cette chaire. C'est, à juste titre, le plus célèbre de tous les otologistes vivants. Peu de savants ont une réputation aussi universelle ; son œuvre est colossale : il a perfectionné et surtout simplifié l'étude des maladies de l'oreille, imaginé des procédés de diagnostic et de traitement, maintenant appliqués dans le monde entier ; il est vraiment le Grand Maître de l'otologie moderne.

Il y a déjà si longtemps que son nom est devenu classique, qu'on s'étonne, en le voyant, de se trouver en présence d'un homme relativement jeune encore ; c'est qu'il a su admirablement diriger une vie qu'on pourrait citer comme exemple à ceux qui se sentent faits pour aller vite et loin. Conseillé judicieusement par des professeurs qui avaient pressenti sa valeur, lancé par eux au sortir de l'Ecole dans la spécialité qu'il devait illustrer, il quitta Vienne, où il n'existait pas d'otologiste capable de lui servir de maître ; il voyagea plusieurs années en Europe, allant étudier l'acoustique avec Helmholtz, l'histologie avec Kölliker, la physiologie avec Ludwig ; il vint à Paris dans le laboratoire de Claude Bernard ; plus tard, il se rendit à Londres, pour se former à l'enseignement clinique de Toynbee. Et quand il revint à Vienne, en 1861, il lui suffit de présenter à ses maîtres les remarquables travaux qu'il rapportait de ses voyages, pour que l'Université le nommât professeur, et lui créât une chaire d'otologie ; il n'avait pas encore trente ans ; c'est alors qu'il découvrit le procédé d'aération de la caisse qui lui valut sa célébrité. Il ouvrit sa clinique : à son premier cours, il eut seulement quatre auditeurs, parmi lesquels se trouvait Lucœ, actuellement professeur de clinique otologique à l'Université de Berlin. Peu à peu, sa réputation grandit ; sa petite salle de l'Hôpital général devint le rendez-vous des spécialistes ; et quand, en

1887, ses élèves se réunirent pour lui offrir un témoignage de leur reconnaissance et célébrer le jubilé de sa vingt-cinquième année d'enseignement, il se trouva que presque tous les auristes connus étaient parmi eux.

Aucune désillusion n'attend ceux qui arrivent à Vienne, attirés par cette immense réputation. Politzer est un merveilleux professeur. Dès le premier jour il séduit ses élèves par une bonté, une amabilité dont il a le secret; il sait leur inspirer une confiance sans bornes, par l'ascendant que sa compétence exerce immédiatement sur eux; et dans les relations de chaque jour, il apporte une courtoisie qui lui attache à jamais ceux qui ont eu la chance de s'instruire à ses leçons. Et cependant, à l'hôpital, on juge imparfaitement ce maître; pour bien l'apprécier, il faut le connaître dans les relations extra-médicales, pleines de charme, qu'il lie avec ceux qui lui sont adressés ; on voit alors qu'il n'est pas seulement l'otologiste qu'on sait, encyclopédiste également savant de toutes les sciences qui intéressent sa spécialité ; il est aussi un artiste de premier ordre, très connaisseur de choses d'art, et maniant le pinceau avec un talent dont il tire grand parti dans son enseignement. Sa demeure, si hospitalièrement ouverte à ses élèves, reflète cette double tendance ; à côté d'une superbe galerie de tableaux, on y voit une collection de pièces anatomiques, unique au monde ; il aime à faire les honneurs de son mu-

sée, et à montrer l'œuvre d'une partie de sa vie, une interminable série de pièces normales et pathologiques, rochers sculptés, labyrinthes corrodés, coupes microscopiques, dont, pour se faire un musée digne de lui, le Collège des médecins de Philadelphie a récemment acheté une petite partie.

Le cours de Politzer est ainsi annoncé : *Otologie pratique avec exercices sur les malades et démonstrations sur des préparations anatomiques et anatomo-pathologiques*. Il a lieu cinq fois par semaine, de midi à une heure, se prolongeant souvent jusqu'à une heure et demie ; il dure de cinq à six semaines ; le prix en est de vingt florins.

Politzer a, pour l'aider, un assistant, le docteur Isidor Müller, qui lui est commun avec le professeur Gruber, et un ou deux aspirants. Le professeur donnant tout l'enseignement par lui-même, ces aides n'ont guère à s'occuper des élèves, et assurent seulement le service courant de la consultation ; ce personnel est très insuffisant de nombre ; Politzer est obligé, quand il fait une grande opération, d'emprunter un aide supplémentaire à une clinique voisine.

La population de cette clinique comprend :

1º des malades hospitalisées ; Politzer dispose seulement de huit lits, réservés aux malades ayant subi des trépanations de l'apophyse mastoïde ou autres interventions importantes. Partageant en fait la clinique otologique avec Gruber

(situation bizarre de deux professeurs occupant simultanément une même chaire), il ne peut recevoir dans son service que des femmes, tandis que son collègue et rival n'a le droit d'admettre que des hommes.

2° des malades externes, des deux sexes, venus à l'ambulatorium annexé à la clinique. Chaque jour cinq ou six nouveaux se présentent ; une trentaine de malades anciens, en traitement, assurent un roulement quotidien suffisant aux besoins de la démonstration. Cela peut faire un total de mille à quinze cents malades par an. C'est peu ; c'est qu'en effet ici se retrouvent les mêmes conditions défavorables que j'ai déjà signalées en étudiant la clinique de Chiari ; les malades n'aiment pas à venir si tard à l'hôpital ; la plupart préfèrent s'adresser à la consultation voisine de Gruber qui se fait de dix heures à midi.

A chaque cours se font inscrire de quinze à vingt-cinq auditeurs. Leur nombre peut être du reste illimité ; car, ainsi que je l'ai dit dans un précédent chapitre, la disposition des cliniques otologiques viennoises est très différente de l'installation des cours de maladies du larynx. L'otologie est autrement enseignée à Vienne que la laryngologie, et, à mon avis, d'une bien meilleure façon ; la raison n'en est pas du tout dans l'inégale valeur des maîtres qui professent ces spécialités, mais bien dans les très inégales difficultés de la technique de ces différentes branches. Il est autrement

facile, surtout dans un cours où l'on se presse, d'examiner un tympan que d'explorer un larynx ou un rhino-pharynx ; il est autrement simple, pour un débutant, de donner une douche d'air que de badigeonner des cordes vocales ; aussi, tandis que le professeur de laryngologie passe une moitié de son cours à aider ses élèves à surmonter ces premiers obstacles, le professeur d'otologie a pu apprendre à ses auditeurs, en deux ou trois leçons, la technique élémentaire, et entamer presque dès le début l'étude de la nosographie.

Ces conditions diverses entrainent une organisation toute différente. Au cours de laryngologie, chaque élève a sa place, sa table, ses instruments, sa lumière ; il s'y installe aussi commodément que possible ; il est là chez lui, n'en sort pas et ce sont les malades qui, à tour de rôle, se présentent devant lui ; le nombre des élèves du cours est donc matériellement limité par le nombre de places à leur distribuer. Au cours d'otologie, c'est l'inverse ; ce sont les malades qui restent assis, et les élèves, qui n'ont d'autre instrument à transporter qu'un petit miroir à main et qui le plus souvent se servent de la lumière du jour, vont, viennent, toujours debout, allant d'un malade à l'autre, et se succédant à tour de rôle autour du même patient, s'il présente quelque intérêt ; leur nombre peut être ainsi presque illimité, puisque l'examen n'est ni douloureux, ni même fatigant pour le malade.

La très simple installation du service de Politzer

ne fait guère honneur à l'Hôpital général. Ce service, qui est en quelque sorte la Mecque des otologistes, se compose en tout et pour tout d'une seule pièce qui sert à la fois de salle de malades, de salle de consultations, de salle de pansements, de salle d'opérations, de salle de cours et de salle de musée. Dans cette chambre, qui peut avoir de six à huit mètres de côté, où sont entassés huit lits avec leurs accessoires, le lit d'opérations, la table des pansements, des vitrines pleines d'instruments et de préparations, etc., il n'est pas rare de voir se presser vingt malades et plus d'élèves encore; les opérations se font au milieu de la pièce, et si une syncope arrive sous le chloroforme, il y a de quoi fortement ébranler le moral des malades qui de leur lit, elles-mêmes peut-être à la veille d'être opérées, assistent à ce spectacle. Il est choquant qu'une Faculté, qui possède un cours aussi célèbre que celui-ci, ne l'installe pas d'une façon digne de lui, ne serait-ce que par considération pour les médecins qui y viennent de tous les points du globe.

Et cependant cette petite salle est, malgré tout, fort bien aménagée pour l'enseignement. Tout autour sont les lits; au milieu, une grande table, supportant les objets et médicaments nécessaires au diagnostic et à la thérapeutique courante, mis à la libre disposition du public; autour de celle-ci prennent place les malades, que les élèves, toujours debout, examinent ou traitent à tour de rôle. Deux grandes armoires renferment les richesses de

la clinique, de multiples préparations anatomiques, servant aux besoins du cours, qui cependant, quoique se chiffrant par plusieurs centaines, ne constituent qu'une très petite partie des collections du maître. La plnpart des pièces sont conservées dans l'alcool, ce qui leur assure une grande finesse de détails, et une certaine souplesse, fort avantageuse quand il s'agit d'exposer aux débutants les divers degrés d'immobilisation des osselets produits par la sclérose de la caisse; les préparations de l'oreille interne, préalablement décalcifiées et traitées par l'acide chromique, ont pris dans leurs portions osseuses une coloration verte qui en fait nettement ressortir la structure. Les pièces sèches de la collection servent surtout à montrer la configuration du rocher à l'état normal ; il y a parmi elles une riche série de coupes d'apophyse mastoïde, où se trouvent tous les intermédiaires entre le type diploétique pur et le type pneumatique. De très belles coupes histologiques complètent cette collection didactique ; elles montrent surtout les dispositions topographiques des ligaments de l'attique, des sacs vestibulaires, et des rampes du limaçon. Toutes les figures que Politzer a insérées dans son récent « Traité de la dissection de l'oreille, » ne sont du reste que les reproductions exactes des pièces de sa collection, dessinées par lui-même.

Ces matériaux d'enseignement si suggestifs sont complétés par de nombreuses planches accrochées

aux murs de la clinique, qui retracent les principales images avec lesquelles le débutant doit se familiariser par une incessante contemplation. Dix grandes planches lithographiques demi-schématiques, composées par Politzer, montrent les différentes parties d'une oreille normale. A côté d'elles, se trouvent plusieurs tableaux, œuvres du professeur, reproduisant, en une centaine d'images, les principaux aspects du tympan et de la caisse que la pratique ramène le plus souvent devant nos yeux. Enfin, des moulages en plâtre, habilement schématisés, aident à faire comprendre, par leur relief, le diagnostic topographique des lésions de l'oreille.

*
* *

Politzer se tient toujours debout quand il examine une oreille, faisant souvent asseoir le malade; et il habitue ses élèves à ce mode d'examen très rapide; du reste, dans cette position, telle que le patient doit pencher la tête de côté de façon à ce que son oreille malade regarde en haut, l'inspection de la membrane se fait plus aisément, plus perpendiculairement et surtout les pansements, bains, instillations, sont bien plus aisés à pratiquer. Debout aussi il donne la douche d'air, ou cathétérise; il ne s'assied que quand il a à exécuter quelque opération un peu délicate.

Comme tous les auristes viennois, il emploie le petit miroir de von Tröltsch, de six à sept centimètres de diamètre, dont le très court foyer permet de s'approcher très près de l'oreille à examiner ; miroir qu'il tient presque toujours à la main, et que, s'il est nécessaire, il fixe au front, non point par un bandeau circulaire, mais par un ressort d'acier demi-circulaire, prenant ses deux points d'appui sur la glabelle et l'occiput.

Il se sert le plus possible de la lumière solaire, sauf quand un temps couvert ou un ciel trop bleu le forcent à utiliser la clarté du gaz : la lumière diffuse du plein jour, surtout quand elle est réfléchie par de grosses masses de nuages blancs, donne, à son avis, le meilleur éclairage du tympan que l'on puisse souhaiter ; elle laisse à la membrane sa couleur naturelle, et permet d'apprécier les nuances bleuâtres ou violacées, que masquent d'ordinaire les rayons jaunes des sources lumineuses artificielles. A cet effet, Politzer a fait ouvrir, dans le mur de sa salle orienté vers l'est, une large baie vitrée, fournissant une clarté très suffisante.

Il mesure l'audition avec l'acoumètre qu'il a imaginé, imitant le tic-tac d'une forte montre et donnant un bruit d'intensité constante qui, dans le silence absolu, se perçoit à la distance de quinze mètres. Il rejette, comme manquant de précision, l'examen fait avec la montre, dont le tic-tac est éminemment variable suivant celle dont on

se sert. Ce procédé d'exploration, joint à l'emploi de la voix chuchotée, suffit généralement à l'hôpital où le bruit environnant empêche les fines explorations au diapason.

Politzer subtitue, autant qu'il le peut, les instruments en caoutchouc durci aux instruments en métal. Les spéculums de caoutchouc impressionnent moins péniblement le conduit, étant moins durs, moins froids que les spéculums métalliques ; moins lourds, ils se maintiennent seuls en place ; de plus, à égalité de lumière, les premiers laissent voir par contraste un tympan beaucoup plus nettement éclairé. De même les cathéters de caoutchouc durci, plus souples que les sondes d'argent, irritent moins la muqueuse nasale, contournent plus aisément les obstacles, et exposent beaucoup moins aux éraillures de la trompe et par suite aux dangers, rares mais sérieux, d'emphysème sous-muqueux.

Politzer a quelque peu modifié son classique procédé de la douche d'air. Primitivement, il adaptait à la poire un long embout de caoutchouc durci ayant, en plus petit, la forme d'une sonde d'Itard, et destiné à pénétrer assez profondément dans le nez : un tel instrument blessait souvent la pituitaire. Actuellement, il se contente d'adapter au bec de la poire un petit bout de tube de caoutchouc mou, très inoffensif pour le nez, et très propre, étant changé à chaque malade nouveau. Il condamne l'usage de l'embout olivaire, oblitérant

complètement l'entrée d'une narine, tel qu'on l'emploie généralement en France ; avec celui-ci on perd beaucoup de force, le courant d'air étant dirigé, non point horizontalement, comme il doit l'être, mais obliquement en haut et en arrière, de façon à aller se briser contre la voûte des fosses nasales. La poire doit être tenue parallèlement à son axe, le pouce en dessous, les quatre doigts au-dessus ; saisir, comme on le fait souvent, le col de la poire entre l'index et le médius, en appuyant le pouce sur son pôle postérieur, est une faute. Toutes les modifications qu'on a fait subir à son procédé primitif sont, suivant lui, mauvaises ; l'effet maximum de la douche d'air ne s'obtient que quand le malade avale, car c'est seulement pendant la déglutition que la dilatation de la trompe est réelle. Quant aux poires munies d'un ajutage destiné à filtrer l'air insufflé à travers une couche d'ouate, elles constituent, dit-il, une complication bien inutile de l'arsenal otologique que nous devons toujours chercher à simplifier.

Politzer emploie peu le cathétérisme, une douche d'air donnée par lui arrivant presque toujours à aérer la caisse ; lorsqu'il le pratique, il le fait suivant le procédé de Löwenberg, beaucoup moins désagréable au malade que la méthode classique de Kuhn ; (il est du reste à remarquer que presque tous les otologistes viennois ont recours à ce procédé, généralement peu employé chez nous. De plus, il a l'habitude de cocaïniser préalable-

ment le nez de ses malades, tout au moins pendant les premières séances de cathétérisme ; c'est là, à son avis, une précaution importante qu'il serait imprudent de négliger.

Je ne puis ici entrer dans tous les détails de la pratique de ce professeur, qui, du reste, trouveront mieux leur place dans la deuxième partie de cet ouvrage. J'insisterai seulement sur les soins minutieux qui y sont pris pour la désinfection des instruments. Le caoutchouc durci ne supportant pas l'action de l'eau chaude, sa stérilisation doit être faite à froid. Le nettoyage des cathéters présente surtout des difficultés ; dans cette clinique, on a l'habitude de les maintenir pendant vingt-quatre heures dans une solution forte de sublimé au millième, au sortir de laquelle on les rince à l'eau stérilisée ; encore faut-il avoir soin d'en nettoyer intérieurement le bec, auquel adhère presque toujours du mucus coagulé par le sublimé. Il vaut mieux que chaque malade apporte sa sonde. Quant aux instruments métalliques, ils sont désinfectés à l'étuve sèche.

*
* *

La méthode didactique qu'emploie le professeur Politzer atteint la perfection presque absolue. Son expérience de plus de trente années d'enseignement de l'otologie, acquise en formant les nom-

breuses générations de spécialistes qui ont passé par sa clinique, a produit un type de cours, que cherchent maintenant à imiter tous les jeunes maîtres viennois, et qui pourrait servir de modèle à tous ceux qui désirent faire un enseignement vraiment pratique sur quelque spécialité que ce soit.

Voici comment procède Politzer.

Sa leçon quotidienne est divisée en deux parties. Pendant la seconde demi-heure, il assemble autour de lui les élèves et leur fait un cours pratique, très soigneusement gradué. Le premier jour est consacré à leur donner une vue d'ensemble de l'anatomie de l'oreille ; et pendant que le maître parle et montre la topographie de ces régions sur les grandes planches murales, les élèves suivent sa démonstration sur des pièces anatomiques mises entre leurs mains. Le lendemain, il expose rapidement la physiologie de l'oreille, en déduisant les règles qui président à l'examen clinique de l'audition ; et des appareils de cours montrent, très grossi, le mécanisme du jeu des osselets. Les jours suivants sont réservés à l'étude de la thérapeutique générale, douche d'air et surtout cathétérisme ; en deux jours, les élèves arrivent à exécuter celui-ci très correctement. Pour ne pas embrouiller les débutants, Politzer leur expose seulement deux procédés, ceux qui prennent comme point de repère le bord postérieur de la cloison ou le bourrelet de la trompe ; tout en recommandant le pre-

mier, il laisse le choix libre aux préférences individuelles. Puis il les y dresse à l'aide d'une tête, un peu durcie dans l'alcool, et sciée verticalement suivant le plan sagittal médian, de façon toutefois à respecter la cloison ; l'élève répète sur elle le cathétérisme plusieurs fois de suite, pouvant suivre de l'œil le bec de la sonde, et superposant ainsi à la sensation tactile qu'il éprouve une impression visuelle qui l'interprète ; après quoi, on lui masque le cavum avec un écran, et il doit s'efforcer de reproduire, à l'aveuglette, les mouvements qu'il vient de faire. Y réussit-il, immédiatement on lui présente à cathétériser un patient aisé et docile, très habitué à la sonde, et dès le lendemain, il est à même de répéter avec succès cette manœuvre sur les malades de la consultation. Avec une admirable patience, Politzer dresse ainsi successivement lui-même les quinze ou vingt auditeurs présents.

Dès la fin de la première semaine, il peut passer à l'étude des maladies de l'oreille. Chacune d'elle est systématiquement étudiée comme il suit. D'abord une courte description des symptômes ; un malade, atteint de l'affection « du jour », expose lui-même les signes subjectifs de son mal, dans l'interrogatoire que le professeur lui fait subir ; après quoi, l'image tympanique ayant été expliquée sur une plancbe murale, chaque élève vient à tour de rôle jeter un coup d'œil au fond du spéculum ; et à chacun d'eux, si j'ose m'exprimer ainsi,

Politzer répète le même boniment, le traduisant au besoin en différentes langues qu'il parle avec une grande pureté. Cela fait, il passe à l'étude de l'anatomie pathologique ; deux séries de pièces sont présentées, les unes montrant exactement la lésion dont est atteint le patient, les autres donnant par comparaison la vue d'une région ou d'une coupe correspondante de l'oreille saine. Enfin, il fait le pansement et pratique, s'il est nécessaire, une opération. Et pendant cette courte causerie clinique, pas une notion n'a été émise qui n'ait immédiatement reçu son application pratique ; de sorte qu'il n'est besoin de nul effort pour en graver le souvenir.

La première demi-heure de la leçon est tout autrement employée : elle est consacrée à la consultation courante. Politzer examine chaque entrant ; sur une fiche blanche, avec une dextérité remarquable, rapidement il crayonne en couleur l'image tympanique, quelque peu schématisée ; il explique alors son dessin, puis le fixe sur l'épaule correspondante du malade ; à tour de rôle, tous les élèves viennent examiner l'oreille et le font ainsi avec fruit, grâce à l'orientation que leur fournit ce dessin explicatif. En outre, s'il s'agit d'une affection qui a été déjà étudiée théoriquement, un auditeur applique le pansement, au besoin fait la petite intervention nécessaire (paracentèse ou autre) sans qu'à aucun moment le professeur cesse de le surveiller et de le guider de ses conseils. S'il y a dix

nouveaux, chacun d'eux est ainsi examiné systématiquement ; de telle sorte qu'à la fin du cours les élèves ont vu faire et ont répété eux-mêmes nombre de fois tout le manuel opératoire qu'ils vont être appelés à mettre en pratique à leur retour.

Enfin, quand la leçon est finie, l'assistant distribue aux élèves les malades anciens qui viennent au pansement quotidien, et, à force de recommencements, les rompt ainsi aux difficultés de la technique journalière,

De temps à autre, une opération plus importante a lieu ; ouverture de l'apophyse, extraction des osselets, etc. La leçon quotidienne n'est pas interrompue pour cela ; c'est quand elle est terminée, d'une heure jusqu'à deux heures parfois, que le professeur opère avec un calme qui jamais ne se dément même aux moments les plus délicats ; aucune difficulté ne l'absorbe et ne lui fait oublier que l'opération qu'il pratique doit avant tout servir à l'instruction des élèves qui l'entourent.

Politzer est, en somme, de tous les maîtres, celui qui, sans avoir aucun de ses défauts, synthétise le mieux les qualités de l'enseignement de la Faculté viennoise. D'autres séduisent peut-être davantage les débutants par une méthode plus originale ; mais personne ne professe aussi magistralement que lui, personne surtout ne fait de meilleurs élèves. De tous ceux qui depuis trente ans ont été formés à son école, il n'en est aucun, je gage, qui

ne prenne sa carrière comme exemple, son talent comme idéal.

II. — CLINIQUE DU PROFESSEUR EXTR : GRUBER

Demi-clinique officielle d'otologie de l'Université, dont Politzer occupe l'autre moitié. Une simple cloison sépare ces deux services. L'entrée se trouve dans la première cour, à gauche, au rez-de-chaussée, en face du bâtiment de la direction ; elle donne accès à la salle 14 a.

Un cours d'*otologie théorique et pratique*, d'une durée de six semaines, s'y donne cinq fois par semaine, de onze heures à midi. Même prix que partout ailleurs : vingt florins pour les médecins, dix florins pour les élèves.

Gruber est un homme déjà vieux, froid et solennel, ayant quelque rudesse d'allures des anciens maîtres germaniques, fort peu communicatif du reste, comme si trente ans de vie au milieu des sourds l'avaient déshabitué de parler. Il a parcouru toute sa carrière parallèlement à celle de Politzer ; tous deux occupent maintenant à la Faculté de Vienne une situation équivalente ; ils vivent côte à côte, condamnés à se rencontrer chaque jour, se partageant le même service, le même assistant, et n'ayant, pour les séparer, qu'une rivalité implacable. Mais cette égalité est toute en surface ; il se peut qu'à Vienne, pour des

raisons toutes personnelles on les tienne pour équivalents; à l'étranger, leur réputation est profondément inégale.

La salle qui constitue le demi-service attribué à Gruber, est un peu plus grande que celle de la clinique voisine. Elle contient dix lits d'hommes. A l'ambulatorium, qui a lieu de dix heures à onze heures, il vient un nombre très considérable de patients, ce qui tient, comme je l'ai déjà montré, à ce que c'est là le moment où les consultations de l'Hôpital général sont le plus fréquentées. Aussi l'assistant du service, le docteur Müller, qui une heure plus tard, changeant de salle, deviendra l'assistant de Politzer, ne suffit point à assurer le fonctionnement de la consultation; il lui est adjoint, par extraordinaire, un *demonstrator,* qui joue vis à vis de lui le même rôle que remplit chez nous l'interne à côté du chef de clinique.

Beaucoup d'élèves suivent le cours de Gruber; mais ce sont surtout des étudiants viennois, des médecins autrichiens qui le fréquentent, y trouvant l'avantage de dîner moins tard; tandis qu'au contraire presque tous les spécialistes étrangers, qui ont subi l'attraction de Vienne, se font inscrire chez Politzer, avec raison.

Gruber est beaucoup moins « dans le mouvement » que son collègue, et l'otologie qu'il enseigne a une allure parfois un peu vieillotte. C'est ici, naturellement, l'absolue contre-partie de ce qui se fait à côté; et j'ai vu tel débutant, qui, inscrit à la

fois dans les deux cliniques, finisait par ne plus rien comprendre du tout à ce qu'on lui enseignait. Cette opposition systématique se retrouve dans les plus petits détails. Les instruments de caoutchouc durci, tenus en grande estime dans la clinique voisine, sont exclus : spéculums, cathéters, seringues, tout est en métal ; et les vénérables bassins de cuivre jaune, très bosselés, qui servent aux lavages, me rappelaient le vieil attirail jadis en usage dans nos hôpitaux, aux âges de la charpie et du cérat. Les procédés de Politzer, dont l'otologiste ne peut se passer, ont été ici démarqués, et ont subi des modifications dont plusieurs ne sont guère employées au-delà de la porte de l'Alserstrasse. Ainsi la douche d'air se donne non point quand le malade avale, mais pendant qu'il dit *ouk* ; c'est moins commode, moins efficace surtout, mais cela a l'avantage de s'appeler le procédé de Gruber.

⁂

L'enseignement se fait de la façon suivante. Par série de douze, les malades du dehors viennent s'asseoir au milieu de la salle, sur deux rangées de six chaises. Avant de poser ses diagnostics, Gruber les examine très longuement, très consciencieusement, mais en bornant le plus souvent son investigation à l'examen de la membrane du tym-

pan. Silencieusement, les interrogeant à peine, il va de l'un à l'autre, processionnellement suivi d'une ou deux infirmières qui portent suspendu à leur ceinture tout l'attirail otologique : diapason, pinces, etc.. Puis il se rend au tableau, et y inscrit les diagnostics qu'il a posés, précédés de numéros correspondant à ceux que porent les sièges occupés. C'est là la seule légende que les élèves aient pour les guider, ce qui est insuffisant : le moindre schéma ferait bien mieux leur affaire.

Au mur sont accrochées un petit nombre de planches, représentant l'anatomie normale de l'oreille ; Gruber étudie surtout l'anatomie descriptive, très minutieusement et pour elle-même, d'une façon qui rappelle beaucoup la manière de Sappey. Une partie des figures servant au cours représente la distribution des artères et des veines de toute la tête ; d'autres plus confuses, déjà anciennes, montrent la topographie de la caisse et du rhino-pharynx ; mais les grandes figures schématiques, les dessins figurant les différents aspects de l'oreille malade manquent totalement.

Sans flatterie comme sans critique, on pourrait caractériser Gruber d'un mot, très à la mode chez nous, et prêtant à des interprétations diverses · c'est un bon clinicien.

III. — COURS DU PRIVAT DOCENT BING

Le docteur Albert Bing fait deux cours d'otologie.

L'un dure trois mois, et n'a lieu que deux fois par semaine, le samedi et le dimanche, de dix heures à onze heures et demie. Il est fait dans le service de Politzer, que Bing supplée ainsi les deux jours fériés de chaque semaine où il ne vient pas à l'hôpital. C'est essentiellement un cours pratique et élémentaire, les cas difficiles, les opérations délicates étant renvoyés à la prochaine consultation du professeur. Cette clinique est surtout commode pour les étudiants, qui viennent y apprendre quelques notions d'otologie pratique; ils ne paient que cinq florins pour un trimestre.

L'autre cours, plus particulièrement destiné aux spécialistes, a lieu suivant le mode ordinaire : cinq fois par semaine, pendant cinq ou six semaines. Honoraires : vingt florins. Bing le fait dans le service de Politzer, soit de neuf heures à dix heures, soit de dix heures à onze heures, suivant les circonstances.

IV. — COURS DU PRIVAT DOCENT POLLAK

Cours d'otologie pratique ; dure de cinq à six semaines ; cinq leçons hebdomadaires ; a lieu de

midi à une heure dans l'amphithéâtre du professeur Kahler (où Roth fait également un cours de laryngologie). Honoraires : vingt florins pour les médecins, dix florins pour les étudiants et les aspirants.

V. — CLINIQUE DU PROFESSEUR EXTR : URBANTSCHITSCH

Cette clinique se trouve au premier étage de la nouvelle Policlinique générale, et occupe, à des heures différentes, le même local que le clinique de Schnitzler. Chaque étage de ce bâtiment est du reste commun à deux professeurs.

Le docteur Victor Urbantschitsch, quoique professeur extraordinaire, est un médecin jeune, très en vogue à Vienne, où il est dans la haute société, l'otologiste le plus à la mode. Il n'a de rébarbatif que son nom, à la désinence slave ; c'est un homme charmant, toujours de belle humeur, une sorte de parisien bon enfant, aimant à rire avec ses élèves, enchanté de leur pousser à l'occasion une colle jamais méchante et ayant su se faire une place importante dans l'Université viennoise, malgré le redoutable voisinage de Politzer. C'est tout à fait le maître qui convient pour émoustiller les élèves, fatigués de toutes les leçons qu'ils ont entendues depuis le matin, somnolents

à la fin des lourdes après-midi de l'été ; de sa parole facile, vive, enjouée, il les stimule, les fouette, force leur attention ; il se met en frais pour les intéresser, avec toute la bonne grâce d'un maître de maison qui reçoit ses hôtes. Au demeurant, il est un savant de premier ordre, pas du tout inféodé à la tradition, appliquant, dès qu'elle paraît, toute découverte sérieuse, très inventeur lui-même, et réservant à ses élèves la primeur des procédés nouveaux qu'il imagine. Il plaît davantage aux médecins venus de France qu'aux élèves de Moos ou de Schwartze.

Chacun de ses cours dure cinq semaines, et a lieu cinq fois par semaine, de quatre heures à cinq heures, au prix ordinaire.

Urbantschitsch est aidé par deux assistants, les docteurs Eitelberg et Max, qui, dans les rapports continuels qu'ils ont avec les élèves, cherchent à se modeler sur l'amabilité de leur chef ; ils sont surtout occupés à panser les nombreux malades de l'ambulatorium, Urbantschitsch, comme Politzer, gardant pour lui presque toute la charge des démonstrations propédeutiques.

Ici, comme chez Schnitzler, il n'y a que des malades externes, mais dont les plus gravement atteints, ceux qui surtout réclament une opération, peuvent être hospitalisés, ainsi que nous l'avons vu, au rez-de-chaussée de la Policlinique. Cet ambulatorium est très fréquenté ; chaque jour de trente à quarante malades au moins passent

sous les yeux des élèves ; et cette extrême abondance de « matériel » permet à Urbantschitsch de donner à ses cours une allure toute différente de la manière classique que nous avons vu employer à l'Hôpital général.

Très nombreux aussi sont les élèves ; il s'en inscrit parfois jusqu'à quarante par série ; et si j'avais à convaincre un de mes collègues du succès que peut avoir un enseignement payant, c'est certainement à ce cours que je l'adresserais tout d'abord. Ici, tout le monde se retrouve comme sur un terrain neutre, partisans de Gruber et disciples de Politzer, élèves de Schnitzler ou écoliers de Schrotter ; c'est le dernier cours de la journée, à l'heure où tout le monde est libre.

J'ai déjà indiqué la disposition de la clinique de Schuitzler ; Urbantschitsch a donné à ses salles une appropriation à peu près analogue. Du vestibule d'attente des malades, on pénètre dans une grande salle d'examen où se trouvent quatre tables de travail pour les deux assistants et plusieurs aspirants ; c'est, à vraiment parler, la salle de pansements, où le personnel médical soigne, en dehors de l'intervention des élèves, les malades en cours de traitement ; une petite pièce attenante est destinée au nettoyage des oreilles et à la stérilisation des instruments. Des deux belles salles voisines que le professeur a à sa disposition pour montrer les malades aux élèves, l'une est consacrée à l'otologie, l'autre réservée à la rhinologie. A côté se trouve la

salle de cours, servant aux causeries demi-théoriques. Toutes ces salles sont éclairées à la lumière électrique, sauf celle qui est consacrée à la clinique otologique où l'on se sert de la lumière du gaz.

Les opérations importantes (ouverture de l'apophyse mastoïde, extraction des osselets, grattage de la caisse) ont lieu dans une des deux grandes salles d'opérations qui se trouvent au rez-de-chaussée.

∴

La pratique d'Urbantschitsch a beaucoup de points communs avec celle de Politzer. Comme ce maître, il se tient toujours debout quand il examine le malade, qu'il fait asseoir; et c'est debout que les élèves s'habituent au diagnostic, au traitement, même aux opérations. La lumière du jour n'est presque pas employée: les examens se font à la clarté des bec de gaz, très insuffisants d'intensité.

Urbantschitsch, comme Politzer, pour l'examen rapide de l'audition, seul compatible avec les exigences d'une consultation très fournie, se contente de l'épreuve de la montre et de la voix, ne se servant que très exceptionnellement du diapason pour les sujets intéressants. En tous cas, quelque pressé qu'il puisse être, il fait cet examen d'une façon très méticuleuse; c'est du reste un de ses sujets favoris, que les variations de l'audition à l'état phy-

siologique et les modifications qu'elle subit sous l'influence de certains phénomènes visuels ou psychiques. Il insiste sur l'erreur que peut faire commettre au médecin la mémoire auditive des malades ; tel qui n'entend la montre qu'à une très petite distance, quand on la rapproche progressivement de son oreille, ainsi que cela doit toujours être fait, en perçoit le bruit à une distance bien plus grande quand on commet la faute de l'éloigner peu à peu ; car il conserve la mémoire de son tic-tac et croit le percevoir encore, alors que depuis longtemps il ne l'entend plus. Pendant cet examen, il n'est aucun moyen d'annihiler la réceptivité de l'oreille saine ; il est absolument inefficace de la boucher avec le doigt. Le seul moyen de savoir quelle part celle-ci prend à la perception du son, est d'user du stratagème suivant : boucher l'oreille saine, la droite je suppose ; soumettre l'oreille gauche à l'épreuve de la montre ou même de la voix, en se rapprochant à une distance telle que le malade l'entende nettement ; puis lui commander de fermer les deux oreilles ; si à ce moment il ne perçoit plus rien, c'est qu'en réalité il entendait avec l'oreille malade.

Pour l'examen par la parole, il faut employer la voix chuchotée forte, qui seule a une intensité constante ne variant pas d'un jour à l'autre. On ne doit jamais prononcer de chiffres, mais seulement des mots ; le malade en effet, alors même qu'il ne les entend pas distinctement, devine les chiffres qui

lui sont familiers, à la seule audition des voyelles qui les composent ; il n'en est pas de même pour les mots. Mais étant donné les variations extrêmes de l'acuité auditive d'une même oreille pour des syllabes différentes, il est absolument nécessaire, pour obtenir des renseignements exacts, de faire, pendant toute la durée du traitement d'un malade, l'examen de l'audition avec les mêmes mots : et pour ne les point oublier, Urbantschitsch les inscrit au protocole, en regard du nom de chaque patient.

Urbantschitsch donne la douche d'air telle que l'a indiquée Politzer, considérant que toutes les modifications apportées à ce procédé en diminuent la valeur. Il est également insuffisant que le patient dise *ouk* (Gruber) ou *a* (Lucœ) ou *klara* (Trautmann) ou même *kikiriki*, comme l'a recommandé un élève de Lucœ ; il n'est pas meilleur qu'il siffle, qu'il gonfle les joues ; il doit avaler, car c'est seulement pendant la déglutition que la dilatation tubaire est suffisante ; pendant les mouvements de phonation, le tenseur du voile ouvre très peu la trompe dont les parois opposent à l'air insufflé une résistance qu'il perd une partie de sa force à vaincre ; or, il faut exercer un pression de parfois trente centièmes d'atmosphère pour triompher des sténoses tubaires excessives. Le malade doit donc boire et avaler une gorgée d'eau. Urbantschitsch fixe cette conviction dans l'esprit de ses élèves par une expérience de cours fort instructive ; il les place à une extrémité de la salle et se met lui-même à l'au-

tre bout, avec un malade atteint d'une vieille perforation du tympan ; il donne à celui-ci une douche d'air en même temps qu'il lui fait avaler une gorgée d'eau ; les élèves perçoivent distinctement un sifflement. Puis, il recommence pendant que le malade prononce diverses syllabes ; avec *ouk*, les élèves entendent un petit bruit bien faible ; avec *a*, plus rien.

Le verre d'eau a encore un autre avantage ; c'est, au dire de ce professeur, le meilleur moyen de savoir à quoi s'en tenir sur la véracité du malade. A Vienne comme à Paris, il arrive souvent que les patients aient eu une longue odyssée à travers toutes les cliniques de la ville, et que ne voulant pas nous faire leurs aveux, ils se donnent à nous comme vierges de tout traitement. Rien n'est plus facile que de savoir si un tel malade dit vrai : on prend une poire, on se dispose à faire le Politzer et on lui tend un verre d'eau, en lui disant seulement ceci : « Buvez une gorgée. » Or un malade novice boit et avale immédiatement ; celui qui, sans qu'on le lui ait dit, garde l'eau dans sa bouche, sait certainement ce qu'on va lui faire ; c'est donc qu'il a déjà été soigné.

Au reste Urbantschitsch emploie peu la douche d'air ; c'est au cathétérisme qu'il donne la préférence, l'employant dans tous les cas où l'inflammation tubo-tympanique n'est pas aiguë ; il a démontré, par des expériences personnelles, que l'obstacle à l'entrée de l'air siège presque toujours au niveau

de l'orifice pharyngien de la trompe et que souvent la seule présence du bec du cathéter suffit à le lever. Il n'emploie que des cathéters métalliques, qui, à son avis, ont sur les cathéters en caoutchouc durci le grand avantage d'être d'une désinfection très facile, puisqu'il suffit de les laisser quelques minutes dans l'eau bouillante.

Une des recommandations les plus pressantes qu'il fasse à ses élèves, c'est de ne point considérer le cathétérisme de la trompe comme une pratique simple et inoffensive, mais de bien se persuader qu'il peut entraîner des accidents sérieux, contre lesquels on ne saurait trop se précautionner. Le malade qu'on cathétérise doit toujours être assis et avoir la tête appuyée ; à la première séance qu'on lui fait subir, il importe de l'observer attentivement ; un premier cathétérisme peut amener une syncope, qui chez les cardiaques devient mortelle ; il n'est pas nécessaire pour cela qu'il cause une douleur vive, il suffit d'un simple contact pour éveiller le réflexe bulbaire ; n'a-t-on pas du reste expérimentalement démontré que les irritations portées sur le pituitaire ralentissent notablement les mouvements du cœur ? On surveillera donc le visage du patient pendant l'introduction du cathéter et on retirera immédiatement l'instrument, si on le voit tant soit peu pâlir. Aux séances suivantes, il y a moins de précautions à prendre, le nez s'habituant très vite au contact de l'instrument. Mieux vaut donc dans les premiers temps, pour éviter tous

ces accidents réflexes, cocaïniser la muqueuse nasale.

Lorsqu'on cathétérise avec des sondes métalliques, il faut toujours avoir en mémoire la possibilité d'un emphysème tramatique ; l'emphysème sous-cutané n'est point dangereux ; c'est l'emphysème sous-muqueux qui est surtout grave. Après cinq ou six coups de poire le malade vient-il à étouffer : il faut tout de suite lui faire ouvrir la bouche et si, au fond de sa gorge, on aperçoit une tumeur gazeuse, l'ouvrir au bistouri, et au besoin même avec l'ongle.

Contre la sténose tubaire, Urbantschitsch est un grand partisan de l'emploi des bougies dilatatrices; c'est un procédé dont il a presque fait le sien, le *bougirung*, et que je me réserve d'étudier dans la seconde partie de cet ouvrage. Ce procédé joue dans cette clinique, un grand rôle, même au point de vue de l'enseignement ; nulle part on n'y est dressé ni entrainé comme ici.

Une autre pratique très en usage à la clinique d'Urbantschitsch, c'est l'*éclairage par transparence de l'apophyse mastoïde*, procédé récemment découvert par le professeur et qu'il applique au diagnostic des abcès mastoïdiens. Une lampe à incandescence est appuyée sur l'apophyse, immédiatement en arrière du conduit, et dans celui-ci est introduit un spéculum à très large pavillon. Si l'apophyse mastoïde est normale, le conduit est vivement éclairé, surtout au niveau de sa paroi postérieure, et

tout au fond se distingue une tache sombre arrondie, qui est le tympan. S'il y a, au contraire, un abcès mastoïdien, le conduit demeure totalement sombre et la tache tympanique ne se voit plus.

Deux causes d'erreur peuvent fausser les résultats de cet examen : d'une part l'altération des téguments, d'autre part les variations individuelles dans la structure de l'apophyse. On se gardera de la première en évitant d'appliquer ce mode d'investigation aux malades présentant un épaississement inflammatoire de la peau de la région mastoïdienne ou du conduit, ce qui diminuerait considérablement sa translucidité. D'un autre côté, il est certain que les apophyses pneumatiques s'éclairent bien mieux que les diploétiques, et que la transparence mastoïdienne, très marquée chez l'enfant, va en diminuant avec les progrès de l'âge; mais peu importent ces variations individuelles, si l'on appuie son diagnostic, non pas sur le plus ou moins de lumière qui pénètre dans le conduit, mais sur la comparaison de la transparence de l'apophyse suspecte à celle du côté sain. Et, par cette méthode, Urbantschitsch a pu se convaincre que dans toute otite moyenne suppurée, il est de règle de trouver de l'infiltration purulente des cellules mastoïdiennes.

L'antisepsie est pratiquée à cette clinique avec un soin très méticuleux, qui pourrait faire sourire quelques vieux maîtres. Tous les instruments qu'on y emploie sont en métal ; et on les stérilise à l'eau bouillante. Les bougies de celluloïd, qui ne sup-

portent pas la chaleur, séjournent dans une solution de sublimé au deux-centième ; la moindre trace d'alcool les détériorant, il faut avoir soin de ne pas les tremper dans la liqueur de Van Swieten. Quant à la désinfection de la ouate qui sert aux pansements, c'est un point généralement négligé, et sur lequel Urbantschitsch attire spécialement l'attention de ses élèves ; il est persuadé que beaucoup d'otorrhées sont interminablement entretenues par le médecin lui-même, qui nettoie et sèche le conduit avec de la ouate qu'il prend dans une boîte mal close, qu'il roule en plumasseaux avec des doigts septiques, réinfectant ainsi régulièrement l'oreille à chaque pansement. Voici comment l'auriste soigneux doit procéder : après avoir pris soin de se stériliser ses mains comme s'il devait faire une grande opération, il prépare avec de la ouate désinfectée un certain nombre de petits tampons, qu'il renferme immédiatement dans un vase soigneusement clos ; et, au fur à mesure de ses besoins, il les y prend avec une pince flambée.

*
* *

La pratique d'Urbantschitsch, tout en restant fidèle dans ses grandes lignes à la doctrine classique de Politzer, présente certains détails originaux que nous allons retrouver plus accentués encore dans l'enseignement de ce maître. Cet enseigne-

ment vise avant tout à être excessivement pratique, et en second lieu à paraître d'une grande simplicité, en écartant au besoin les cas embarassants ou complexes ; de telle sorte que l'otologie telle qu'on l'apprend chez Urbantschitsch, offre une précision et une facilité apparentes bien faite pour séduire le débutant ; plus tard, et toujours assez tôt, viendront les désillusions.

On cherche avant tout à exercer l'œil et la main des élèves. On fait passer devant eux un grand nombre de tympans, de façon à imprimer dans leur mémoire visuelle les images tympaniques répondant aux principales affections de l'oreille. Tout d'abord, ce sont des choses élémentaires : bouchons de cérumen, corps étrangers, perforations ; un peu plus tard, des altérations plus délicates. Douze malades viennent s'asseoir à douze places numérotées ; au mur, un tableau porte douze schémas tympaniques correspondants ; sur chacun d'eux Urbantschitsch marque d'un trait de craie la lésion à observer et en écrit le nom. Rien n'est alors plus simple que de bien s'orienter sur le tympan qu'on examine ; et sans vouloir regarder autre chose, le débutant doit se contenter de chercher à voir la lésion qui lui est signalée. Quand tous les malades ont été vus par les élèves, une deuxième série de douze patients succède à la première, puis à celle-là une troisième. Au bout de deux semaines, le professeur commence à poser des problèmes cliniques ; certains schémas sont laissés en blanc, et les élèves doivent

venir lui dire en particulier le diagnostic qu'ils ont fait ; peu à peu les problèmes se multiplient, se compliquent ; et grâce à cet entraînement, celui qui, au début, méconnaissait un bouchon de cérumen, distinguera aisément, le mois suivant, une perforation d'une cicatrice du tympan.

On procède de même pour les interventions usuelles. Urbantschitsch tient soigneusement un petit livre, où, en face du nom de chaque élève, sont placées des cases vides, correspondant au nombre de douches d'air, de cathétérismes, de « bougirung », de lavages de la caisse qu'il doit faire pendant le cours, et, suivant un roulement défini, il appelle chacun à tour de rôle, à mesure que se présente un malade nécessitant une intervention. Dans une des leçons précédentes, il a exposé les règles du cathétérisme, je suppose; l'élève doit suivre à la lettre ses indications, sous la surveillance d'un assistant au début, et bientôt en toute indépendance.

Ainsi sont remplis les trois premiers quarts d'heure de chaque leçon. Pour finir, Urbantschitsch renvoie tous les malades, sauf un, assemble autour de lui ses élèves, et, à l'aide de ce patient, qui généralement s'y prête avec une certaine satisfaction, fait un petit cours, très simple et très pratique, tantôt sur une maladie, tantôt sur un point de technique ; avec le mannequin vivant qu'il a sous la main, il pratique les manœuvres, exécute les traitements, fait les opérations de telle façon

qu'aucune notion n'arrive à l'élève qui ne reçoive immédiatement son application. Urbantschitsch excelle dans ses causeries souvent humoristiques à présenter à son auditoire l'otologie sous son jour le plus favorable; avec lui, jamais de question obscure; d'un mot heureux, d'une inflexion de voix il sait attirer l'attention sur la chose à ne pas oublier; et par une anecdote, il l'y retient pour toujours.

Est-ce à dire qu'une critique sévère ne retrouverait rien à reprendre dans l'enseignement de ce maître ? Je ne le crois pas. Le cours d'Urbantschitsch mérite surtout ce reproche que nous adressons de France à l'enseignement viennois, d'être superficiel et artificiel; certes, celui qui l'a suivi a vu énormément de malades, et s'est vite fait la main; mais justement parce qu'on lui a trop aplani les difficultés du métier, parcequ'on lui a montré trop de choses en trop peu de temps, parce qu'on a trop cherché à lui schématiser des traitements simples, applicables à la plupart des cas, il ne sera pas et ne pourra pas être l'otologiste, encore inexpérimenté mais solidement instruit et déjà bon clinicien, qu'aura formé le cours de Politzer. Les méthodes didactiques de ces deux maîtres en otologie sont bien différentes, et chacune d'elle peut avoir ses partisans : l'une attachant plus d'importance au nombre qu'à la valeur des observations, simplifiant à l'excès, traçant à l'élève de grandes règles fondamentales dont il aura à déduire plus tard les applications particulières; l'autre, plus inductive, préfé-

rant montrer peu et bien, ne craignant pas de mettre le débutant aux prises avec les difficultés et s'élevant peu à peu des observations individuelles aux principes généraux de la clinique. Mais deux choses capitales manquent à l'enseignement d'Urbantschitsch, qui donnent au cours de Politzer son inestimable valeur : c'est que les élèves n'y voient presque pas de pièces anatomiques ; c'est surtout qu'ils n'y peuvent suivre les malades en traitement ; ils examinent cent oreilles et plus ; ils douchent, cathétérisent en quantité ; mais suivre, comme chez Politzer, le même patient depuis son arrivée jusqu'à sa guérison, juger des modifications survenues dans son mal, appliquer chaque jour le traitement qu'il réclame, ils ne le peuvent pas. Cette besogne est celle des assistants, qui l'accaparent ; et c'est, à mon avis, le plus grand vice de la Policlinique que cette liberté extrême laissée aux assistants de dériver les malades intéressants, et de détourner les pansements au profit des élèves qui suivent leurs cours particuliers.

Comme leurs collègues, les deux assistants d'Urbantschitsch donnent des privatissimes, fort bien faits d'ailleurs.

Le Dr Eitelberg, qui est déjà un otologiste en renom, fait des cours particuliers de médecine opératoire otologique. Chaque série comprend quatre élèves, payant chacun dix florins. Le cours dure à peine une semaine ; chaque élève répète quatre fois sur le cadavre les opérations élémen-

taires : paracentèse de la membrane, ténotomie du tenseur, extraction du marteau, trépanation de l'apophyse mastoïde, etc.

Le Dr Max donne un privatissime de thérapeutique otologique pratique. Il ne prend qu'un seul élève à la fois, et le garde un mois. Il lui fait soigner et panser sous sa direction la presque totalité des malades de la clinique d'Urbantschitsch, qui, par suite de cette combinaison, ne sont pas traités par les élèves du cours officiel. Il est inutile de chercher à se faire inscrire à ce cours : les médecins américains, qui goûtent beaucoup cette science apprêtée qui se vend très cher, s'y succèdent depuis sa fondation.

VI. — CLINIQUE DU PROFESSEUR EXTR : ZAUFAL

Elle se trouve, non pas à Vienne, mais à Prague. Ceux qui vont en Autriche ne manqueront point de faire le voyage de Bohême, pour voir cette grande figure de l'otologie autrichienne, si originale à certains points de vue ; ils n'y trouveront pas seulement un savant, mais aussi un clinicien sagace, un homme qui, malgré ses cheveux blancs, est peut-être le plus moderne des auristes ; et si les enseignements qu'ils en recueillent ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux qu'ils ont reçus dans l'Alserstrasse, peut être cela n'en vaudra-t-il

que mieux pour eux. Pour moi, je n'aurais pas cru ce livre complet, si le nom de Zaufal n'y avait pas figuré.

Zaufal est un homme âgé, ayant cependant conservé une grande activité intellectuelle ; c'est un maître aux manières affables, à la parole douce, qui semble un peu las des années de travail dont sa vie est pleine ; mais que la conversation tombe sur un de ses sujets favoris, qu'un éloge exagéré de l'Ecole viennoise arrive à son oreille, il se redresse, s'anime, et dans le développement de ses paroles se révèle le maître puissant, le lutteur résolu, décidé à faire triompher ses idées qui ne peuvent manquer d'être d'un grand bénéfice pour les progrès de l'otologie. Tous les ans, de nombreux spécialistes viennent de l'étranger visiter son petit service de l'Hôpital général de Prague ; il les y reçoit avec une bonhommie charmante, heureux de leur montrer son installation, de les convaincre de l'excellence de ses méthodes ; son minuscule laboratoire, où est née la bactériologie de l'oreille, leur est hospitalièrement ouvert ; à ceux qui veulent y rester travailler, il offre toutes les facilités dont il peut disposer.

Zaufal est professeur extraordinaire d'otologie et de rhinologie à la Faculté allemande de Prague ; il ne s'occupe pas de laryngologie, celle-ci étant accessoirement pratiquée par Ganghofner, professeur de pathologie infantile. Il y a plus de vingt ans qu'il occupe cette chaire, qui fut fondée

pour lui et par lui ; il aime à raconter les luttes, les oppositions qui se déclarèrent à cette occasion ; la Faculté considérait la création d'une clinique d'otologie comme parfaitement inutile, attendu que l'année précédente, en 1873, à peine dix malades étaient entrés à l'Hôpital général pour des affections de l'oreille. La clinique fut néanmoins ouverte ; au bout d'un an, elle avait déjà soigné sept cents malades !

Son service est situé au rez-de-chaussée de l'Hôpital général ; il est fort exigu et comprend deux salles de malades, dont la plus grande, contenant huit lits d'hommes, sert également aux consultations de l'ambulatorium. Un rideau noir la divise en deux parties ; un recoin obscur, qui sert à la rhinologie, est ainsi séparé du reste de la salle, où l'examen des oreilles se fait le plus possible à la lumière du jour. Puis à côté, et comme tout complément, se trouve le petit laboratoire de bactériologie suffisamment mais modestement installé : Zaufal s'en fait gloire, aimant à rappeler qu'il y a dix ans, il y passait des journées entières, à préparer ses célèbres travaux sur la bactériologie des otites moyennes. Cependant on s'occupe actuellement de donner au maître un local plus digne de lui, en annexant à son service une salle voisine, qui antérieurement dépendait de la clinique de gynécologie de la Faculté tchèque.

Zaufal a pour l'aider un assistant, le docteur Hnilitschka, et quelques aspirants. Il ne fait pas,

comme à Vienne, des séries de cours pratiques à l'usage des étrangers ; Prague est trop peu visité pour cela. Il donne seulement des « collèges » d'une durée de six mois, que suivent environ cet cinquante étudiants allemands. La consultation, fréquentée annuellement par plus de huit mille malades, a lieu tous les matins ; le cours se fait au contraire l'après-midi, vers trois heures, trois fois par semaine. Les étudiants y viennent tous, car, quoique professeur extraordinaire, Zaufal siège presque tous les ans dans les commissions d'examens : et ainsi, grâce à cet artifice, l'étude de l'otologie est devenue de fait presque obligatoire à Prague.

∴

Il y a chez ce maître un tempérament chirurgical qu'il est bien rare de rencontrer aussi développé chez les spécialistes, non pas qu'il soit partisan de l'intervention à outrance, car, bien au contraire, il professe une thérapeutique éminemment conservatrice et critique vivement ses confrères viennois qui trouvent dans presque tous les tympans malades une indication à paracentèse ; mais il pense que toute opération pratiquée sur l'oreille, du moment qu'elle est nécessaire, doit être faite largement, sans timidité. Seuls, dit-il, les chirurgiens devraient entreprendre la pratique des maladies du nez et des oreilles, car un rhinologiste ne

doit pas borner son ambition opératoire à enlever une queue de cornet ; il faut qu'il sache refaire un nez, une voûte palatine, opérations qui actuellement sont toutes indûment annexées au domaine de la chirurgie dite générale. Et Zaufal met ses théories en pratique ; il suffit, pour en être convaincu, de voir une apophyse mastoïde trépanée par lui ; seul, un chirurgien de race est capable de faire d'aussi immenses pertes de substance.

Mais il n'y a pas de chirurgie d'oreille sans scrupuleuse antisepsie ; or, à son avis, ne font bien de l'antisepsie que ceux qui la comprennent ; un vrai chirurgien doit donc être bactériologiste. Ainsi la doctrine de Zaufal tient tout entière dans ces deux mots : chirurgie et bactériologie. La bactériologie a surtout ses préférences ; avec un labeur assidu, il a soumis à l'épreuve des expériences de laboratoire toute la pratique traditionnelle de l'otologie : et il en a déduit une thérapeutique très simplifiée et féconde en résultats heureux. A ce titre, il mérite, dans le monde otologique, une place à part, ayant du reste fort peu emprunté aux méthodes de ses collègues et montrant même, par certains côtés, une originalité quelque peu exagérée.

C'est ainsi qu'il est un adversaire déclaré de la rhinoscopie postérieure ; il considère le toucher rhino-pharyngien comme le seul moyen sûr de se renseigner sur l'état du cavum ; il a, du reste, développé ce point de sa pratique dans de nombreux mémoires. Comme complément de ce toucher,

on peut demander d'utiles renseignements à la rhinoscopie antérieure, faite avec les larges spéculums tubulaires qu'il a imaginés ; ceux-ci donnent une excellente vue des mouvements du pavillon de la trompe pendant la déglutition, pendant l'émission des voyelles, et permettent de constater aisément la présence de tumeurs obstruant le pharynx nasal. Cet examen des mouvements des plis salpingo-pharyngiens doit être fait toutes les fois que cela est possible. Il ne faudrait cependant pas croire, comme le prétendent quelque peu méchamment les Viennois, que Zaufal applique ce spéculum à tous ses malades, favorisé par l'ampleur spéciale des nez bohémiens ; il n'emploie en général cet instrument que chez les ozéneux ou encore chez ceux qui, à la suite de l'ablation de polypes, présentent momentanément une largeur anormale des fosses nasales. En temps ordinaire, il fait la rhinoscopie antérieure avec le spéculum de Duplay, que je n'ai vu nulle part employé en Autriche, ailleurs que chez lui.

Il possède, d'ailleurs, dans le musée de sa clinique, un grand nombre d'instruments, fort ingénieux pour la plupart, qu'il a inventés ; j'ai remarqué, en particulier, une montre dont le tic tac s'arrête à volonté par la pression d'un bouton, et qui, pour les examens de l'audition, permet de reconnaître aisément si le malade cherche à tromper le médecin ; cette montre rend surtout des services avec les enfants.

Une des particularités de cette clinique, c'est le rôle important qu'y joue l'*examen ophtalmoscopique*. Chose curieuse, il ne serait d'aucune utilité pour le diagnostic des affections du nez ; en revanche, il fournit des renseignements précieux sur l'état de l'oreille ; tel est du moins ce que m'a dit Zaufal. Ce maître croit qu'il est indispensable d'examiner la papille chez tout individu atteint d'une affection aiguë ou chronique de l'oreille, surtout au cours des inflammations de la caisse. Voici, dit-il, un homme atteint d'otite moyenne aiguë : ses papilles sont normales. Quinze jours plus tard, le même malade revient à la consultation : localement, il y a peu de changements ; mais, cette fois, l'examen ophtalmoscopique montre une papille œdématiée, dont les veines sont tortueuses et dilatées ; cela indique que le processus otitique gagne les méninges, ou le sinus latéral ; bien vite, même en l'absence de tout autre signe, il faut largement ouvrir l'apophyse mastoïde. Autre exemple de l'utilité de l'ophtalmoscopie : on suppose l'enclavement d'un corps étranger dans la caisse ; s'il existe une congestion intense autour de la papille, on peut affirmer sa présence, et, dès qu'on l'a retiré, le fond de l'œil reprend rapidement son aspect normal.

Nulle part, dans aucune clinique spéciale d'Autriche, je n'ai vu pratiquer l'*asepsie* avec autant de rigueur que chez Zaufal. Ce vieux maître, chez qui on s'attendrait à trouver le scepticisme com-

mode dont se contentent ses contemporains, est sur ce point-là d'une intransigeance convaincue ; bien des spécialistes, à commencer par quelques Viennois, devraient aller à Prague pour apprendre de lui à être bactériologiquement propres. Et ses affirmations inspirent une confiance absolue, parce qu'elles reposent sur des expériences de laboratoire minutieusement conduites.

La stérilisation des mains, partout ailleurs négligée, est tout d'abord nécessaire ; elle est surtout indispensable lorsque l'on veut pratiquer le toucher rhino-pharyngien. C'est une grave faute, et qui peut exposer le malade à de sérieux accidents, que d'introduire son doigt dans le cavum sans l'avoir préalablement désinfecté, tout autant que s'il s'agissait de l'entrer dans la cavité abdominale. Il ne suffit pas de le laver au savon, puis au sublimé ; pour mieux se mettre en garde contre les infections, Zaufal enfonce son doigt dans un flacon plein de poudre d'iodoforme, de manière à en bourrer la rainure sous-unguéale.

L'air qu'on insuffle dans la trompe, doit être lui-même stérilisé ; toute poire doit porter une capsule filtrante, garnie d'ouate, à travers laquelle l'air se débarrasse de ses germes avant de pénétrer dans l'oreille.

Les instruments doivent être stérilisés par la chaleur, seul procédé pratique permettant d'opérer rapidement cette désinfection pendant la durée de la consultation. Zaufal ne se sert pas de l'étuve

sèche, dont les anciens manches de bois ne supportent pas la température élevée ; il préfère la vapeur d'eau, sous pression normale. Il suffit que les instruments, préalablement brossés, séjournent pendant vingt minutes dans la vapeur d'eau à cent degrés, pour que les microbes, hôtes ordinaires du nez ou de l'oreille, soient détruits. Les manches de bois ne s'y altèrent pas et les lames d'acier ne s'y rouillent pas, si on a la précaution de les essuyer, immédiatement après, avec un linge stérilisé. Rien de plus simple, de moins embarrassant que ce mode de stérilisation ; Zaufal a, à côté de lui, une corbeille métallique où il jette tout instrument ayant servi ; et, au bout de vingt minutes, celle-ci va à l'étuve pour remplacer celle qui en sort avec des instruments désinfectés. Quant au procédé qui consiste à flamber rapidement un miroir, un stylet, Zaufal le considère comme une pratique absolument illusoire, et ayant, de plus, l'inconvénient de donner une fausse sécurité ; il a souvent constaté que, pour rendre stérile un instrument qui a été mis en contact avec les produits de sécrétion d'une otite purulente, il faut le maintenir dans la flamme jusqu'à ce qu'il atteigne le rouge blanc. D'autre part, tout spéculum, miroir, etc., désinfecté à la vapeur et qui ne doit pas immédiatement être employé, sera maintenu dans une solution phéniquée au vingtième.

Cette asepsie des instruments, exagérée en apparence, est d'autant plus importante que c'est à

peu près le seul moyen dont nous disposions pour mettre le malade à l'abri des infections opératoires. La plupart des substances antiseptiques que nous appliquons dans le nez ou l'oreille, ne sont, au dire de Zaufal, qu'un trompe-l'œil. Il n'accorde quelque confiance qu'au sublimé, qu'il emploie en solution assez forte (au six-millième chez l'enfant) et à l'iodoforme. L'aristol et ses congénères n'auraient pas de valeur sérieuse. Quant à l'acide borique, il n'a, quoiqu'on en dise, aucune action antiseptique ; c'est un corps tout au plus inerte, quand il n'est pas lui-même infecté.

Zaufal va même jusqu'à enseigner ceci, — tout en avouant que ce n'est là qu'une hypothèse, que lui a suggérée l'observation clinique, mais qu'aucune démonstration expérimentale n'appuie, — que la désinfection du nez et du pharynx, pré ou post-opératoire, est impossible, inutile et même dangereuse. Elle est impossible parce que les muqueuses ne supportent pas le contact d'un antiseptique assez énergique pour les désinfecter réellement. Elle est de plus inutile : Zaufal suppose que le mucus nasal normal a une action microbicide puissante; et il en donne comme preuve la facilité extrême avec laquelle les plaies du nez guérissent seules, et aussi ce fait de n'avoir jamais observé un seul cas d'érysipèle de la face à la suite de milliers d'opérations intra-nasales qu'il a pratiquées. Elle est même dangereuse : car les poudres inertes, qu'on insuffle dans le nez, avec l'illusion de

faire de l'antisepsie, altèrent la composition du mucus naso-pharyngien, diminuent son pouvoir bactéricide, et favorisent les infections.

C'est ainsi, par exemple, que quand il opère un enfant de végétations adénoïdes, l'opération étant faite avec des instruments stérilisés, il interdit consécutivement les insufflations de poudres, les irrigations nasales, même les douches d'air : il a le plus grand respect de la *vis naturæ medicatrix*. Souvent, le jour et le lendemain de l'opération, l'enfant aura le soir une poussée fébrile qui pourra faire monter sa température à 40° : c'est là, il est vrai, une fièvre infectieuse, mais qui jamais n'est grave ; quant à l'otite moyenne post-opératoire, il n'en a pas observé un cas, depuis qu'il ne fait plus ce que la majorité des spécialistes croient être de l'antisepsie nasale.

Ce n'est pas un maître banal, que celui qui enseigne de telles choses ; peut-être trouvera-t-on dans sa pratique quelque application exagérée des doctrines nouvelles, dont une plus grande expérience adoucira un jour la rigueur ; mais, c'est là le fait de tous les novateurs. Ses belles recherches de bactériologie ont, les premières, poussé l'otologie dans la voie nouvelle où s'engagent actuellement toutes les branches de la médecine ; cette puissante impulsion ne peut manquer de faire faire à notre spécialité un grand pas en avant ; et c'est pour cela surtout que Zaufal mérite notre admiration. Il jalouse un peu l'Ecole viennoise, qui se venge

par quelques railleries. En cela elle a grand tort : plusieurs de ses maîtres auraient à gagner à écouter mieux la parole de Zaufal ; car l'homme qui demande le secret de son art autant à ses expériences qu'à son expérience, est dans le plein courant du mouvement scientifique moderne.

Je termine ici cette étude sur la Faculté de Vienne ; je voudrais que l'impression qui s'en dégagera fût surtout de nature à montrer le désir que j'ai eu, non pas de rabaisser le mérite de notre Ecole médicale française par sa comparaison avec une rivale mieux organisée, mais de prouver qu'en cette fin de siècle, la rhinologie, l'otologie, la laryngologie ont enfin acquis une importance qu'il serait puéril de leur contester ; qu'elles ont les mêmes droits à être enseignées que les autres branches de l'art médical ; et qu'il est humiliant pour nous d'aller demander à l'étranger de nous les apprendre. Que nous imitions seulement en partie ce qui se fait à Vienne, et nous aurons fait un grand progrès.

Il y aurait cependant mieux à faire. La spécialité viennoise soulève des critiques, de jour en jour plus justifiées ; son enseignement commence à faiblir, non pas par sa forme, qui, sous ses aspects variés, est de tout point excellente, mais par son fond lui-même. Vienne a, quoiqu'encore à un

moindre degré que nous, une tendance à se complaire dans l'admiration de son récent passé, qui la fait s'attarder sur le chemin où les spécialités avancent si vite ; elle a pour sa tradition un respect qui l'empêche d'adopter aisément les réformes qui se font chaque jour : aussi la rhinologie telle que la pratiquent ses maîtres, à quelques exceptions près, est-elle parfaitement insuffisante; et sa laryngologie elle-même commence à se démoder. Notre spécialité introduit à chaque instant dans sa technique, dans ses méthodes opératoires, des innovations qui toutes ne sont peut-être pas également bonnes, mais qui demandent à être étudiées et éprouvées ; or, la plupart des professeurs viennois semblent ne pas vouloir s'en embarrasser. L'antisepsie ou plutôt l'asepsie, que nous avons vu si soignement appliquée chez Zaufal, est, dans certaines cliniques viennoises, réduite à une expression par trop simple : car il ne suffit pas d'examiner les syphilitiques avec un miroir à manche blanc, ou de rincer rapidement des spéculums dans l'eau phéniquée, pour avoir le droit de prétendre la pratiquer. Les nouveaux procédés d'anesthésie, qui pourtant méritent un essai, y sont peu appliqués : pas une fois je n'ai vu, dans les cliniques spéciales de Vienne, endormir un malade au bromure d'éthyle ; et cependant Billroth, à sa clinique chirurgicale, en a singulièrement généralisé l'emploi. Même indifférence vis-à-vis des nouvelles méthodes de traitement ; on se con-

tente généralement de traiter le larynx tuberculeux avec quelque corps plus ou moins inerte, sans mettre à l'essai le curettage qui, dans les pays voisins, réussit bien ; quant au traitement chirurgical des sinusites, il se borne, dans certaine clinique que je n'ose pas nommer, à irriguer doucement le méat moyen avec un peu d'eau boriquée. Pas une fois je n'ai vu faire l'éclairage par transparence de la face, pour rechercher les sinus malades ; il est du reste à remarquer que la lumière électrique, qui nous rend de si grands services, est à peine employée dans les cliniques viennoises.

Grâce à cet esprit de réaction, Vienne otologique et laryngologique commencera à décliner, le jour où disparaîtront les grands maîtres qui actuellement soutiennent sa renommée ; ce jour-là, Berlin, avec ses spécialistes jeunes, actifs, qui déjà s'affirment par des découvertes heureuses, briguera son héritage. Pourquoi, alors, nous aussi ne nous mettrions-nous pas sur les rangs, pour recueillir sa succession, en nous y préparant dès maintenant ?

Seconde Partie

PRATIQUE

SOMMAIRE

—

I

NEZ

—

I. — EPISTAXIS [1]

Un traitement rationnel ne peut être dirigé contre l'épistaxis qu'après un examen rhinoscopique soigneux, qui aura montré en quel point précis l'hémorrhagie prend sa source. Chiari s'élève avec raison contre la banalité de la médication instituée en pareil cas par la grande majorité des médecins, dont le résultat est souvent d'éterniser

(1) Je n'ai pas eu l'intention de faire de la seconde partie de cet euvrage un Traité complet de thérapeutiqne spéciale, d'après l'enseignement viennois ; j'ai seulement vouiu exposer la pratique des maitres antrichiens snr les points qui m'ont paru intéressants. De là, des lacnnes dans les pages qui vont suivre. Certains snjets n'y sont pas traités ; d'autres sont indiqués en quelqnes lignes qui pourront paraitre insnffisantes. Dnns tous les cas, je me suis strictement berné à ne rapporter que ce que j'ai moi-même vu eu entendu : ceci étant avant tout un livre documentaire.

un saignement de nez qui pourrait être arrêté séance tenante.

Il divise, au point de vue thérapeutique, les épistaxis en deux classes : épistaxis spontanées ; épistaxis traumatiques et opératoires.

Les *épistaxis spontanées* peuvent être déterminées par deux formes de lésions nasales bien distinctes.

Tantôt on a à faire à l'épistaxis survenant au cours des maladies qui modifient la composition du sang : hémophilie, purpura, scorbut, etc.

Tantôt l'épistaxis est vraiment spontanée, en ce sens qu'elle constitue à elle seule tout l'acte morbide et qu'aucune cause déterminante ne peut être invoquée pour sa genèse : telles les épistaxis des adolescents, des congestifs, de la période menstruelle.

Dans le premier cas, le spéculum montre la muqueuse nasale parsemée de petites ecchymoses dans toute son étendue ; l'hémorrhagie se fait en des points multiples. C'est ici le triomphe des moyens traditionnels : médicaments internes modifiant la composition du sang ; et, localement, humage de liquides astringents, compression, tamponnement antérieur ou postérieur, etc ; dans ces cas, le tamponnement sera fait avec les précautions qui seront indiquées plus loin à propos des épistaxis opératoires.

Dans le second cas, l'hémorrhagie prend naissance en un point limité, de siège presque cons-

tant. Ce lieu d'élection se trouve au niveau de la partie antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse, très rarement sur le plancher du nez, exceptionnellement au niveau de la tête du cornet inférieur. En ce point, on voit aisément soit une petite érosion saignante ou recouverte d'une croutelle noire, soit un bouquet de vaisseaux variqueux. Le seul moyen d'obtenir une cessation définitive de l'épistaxis consiste à détruire complètement les vaisseaux qui lui donnent naissance. On a conseillé de les toucher avec une perle de nitrate d'argent fondue à l'extrémité d'un stylet. Chiari rejette ce moyen, qui agit trop superficiellement, et dont l'efficacité est souvent en défaut. Il les brûle complètement soit avec une pointe de galvano-cautère, soit plus simplement avec une petite tige de fer rougie à la lampe. Le cautère doit être chauffé au rouge sombre; porté au blanc, il n'a pas d'action hémostatique et, de plus, peut amener une nécrose partielle du cartilage sous-jacent, qui aboutira à une perforation. Pour protéger le reste du nez contre le rayonnement, Chiari, quand il emploie le cautère actuel, introduit obliquement dans la narine un spéculum tubulaire en caoutchouc durci, qui ne laisse à découvert que la partie à cautériser. Il recommande de ne point cocaïniser la muqueuse; sans quoi, il est habituel de voir l'hémorrhagie se reproduire, quand l'effet de l'anesthésique s'épuise et que les vaisseaux se dilatent de nouveau.

Roth emploie également le galvanocautère ou l'acide chromique. Celui-ci a l'inconvénient de produire une eschare dure et très adhérente ; le malade en facilitera le ramollissement en introduisant plusieurs fois par jour dans sa narine de la vaseline, ou mieux de petits tampons de ouate imbibés d'eau tiède. Après toute cautérisation ignée, Roth fait un pansement du nez à la pyoctanine.

Les *épistaxis opératoires* ne réclament en général aucun traitement. A la suite d'une opération intra-nasale, il faut laisser le malade saigner tranquillement goutte à goutte dans un vase, la tête penchée en avant ; la meilleure condition est que l'épistaxis s'arrête d'elle-même, (Chiari, Hajek). Si cependant au bout de cinq minutes le sang continue à couler avec la même abondance, il faut faire le tamponnement antérieur total de la fosse nasale. En s'aidant du miroir et du spéculum, on porte, avec une pince à branches longues et minces, et le plus loin possible, un tampon formé d'une seule bande de gaz iodoformée, large de trois centimètres et longue d'au moins vingt centimètres ; ainsi fait, le tampon sera bien plus facile à ôter que s'il est constitué par plusieurs petits morceaux de gaze séparés. Ce tampon doit demeurer en place quarante-huit heures. Seule, ou presque seule, la gaze iodoformée met à l'abri des accidents septiques ; on en peut masquer l'odeur à l'entourage du malade, en bouchant l'entrée

de la narine avec un tampon d'ouate, souvent renouvelé. Chiari rejette l'emploi de la gaze à l'iodol ; un tamponnement nasal, fait avec cette dernière, exhale déjà au bout de vingt-quatre heures une odeur fétide.

Même traitement contre les épistaxis spontanées diffuses ; Chiari condamne absolument l'usage du perchlorure de fer, qui produit dans le nez de larges eschares pouvant donner naissance à des accidents pyohémiques.

II. — CORYZA AIGU

Un traitement prophylactique s'impose aux individus qui s'enrhument du cerveau au moindre refroidissement ; il consiste à les endurcir au froid en les faisant sortir par tous les temps, même en hiver, avec des précautions convenables, et surtout à leur conseiller l'hydrothérapie : bains froids en été, et ablutions froides matinales le reste de l'année. On aguerrira aussi les enfants contre les intempéries par plusieurs séjours au bord de la mer.

Le coryza aigu une fois déclaré, la conduite à tenir varie suivant les médecins ; les uns, considérant que le coryza aigu guérit vite et seul, conseillent l'abstention thérapeutique et se bornent à recommander quelques précautions hygiéniques ; les autres cherchent à faire avorter la maladie, dès

la première heure, par un traitement énergique ; d'autres enfin veulent non pas raccourcir la durée du rhume de cerveau, mais en atténuer les symptômes les plus pénibles. D'ailleurs, comme l'intensité du coryza varie beaucoup d'un malade à l'autre, on interviendra surtout chez ceux dont l'inflammation nasale a une tendance habituelle à se propager à l'oreille moyenne ou à la trachée.

Les abstentionnistes, dans les formes légères, conseillent aux malades de redouter le passage brusque d'un endroit chaud à un endroit froid, de ne pas séjourner dans les pièces où l'on fume, surtout de ne pas fumer eux-mêmes, de s'abstenir de toute boisson alcoolique, et enfin d'éviter de se moucher trop fort, toutes choses qui augmenteraient encore l'hypérémie nasale. Si les antécédents doivent faire craindre quelque complication sérieuse, repos à la chambre et même au lit. Politzer, même chez les gens sujets aux complications otiques, est peu partisan d'une médication énergique.

On peut au contraire essayer de couper le coryza ; chez certains sujets, la méthode abortive, appliquée à temps, paraît réussir, soit par un traitement général, soit par un traitement local. Politzer préfère le premier ; une sudation énergique produite par un bain de vapeur est à conseiller. Quant aux abortifs locaux, ils sont nombreux. Schrötter ordonne de bien nettoyer les fosses na-

sales par un lavage avec une solution de chlorure de sodium à un pour cent, puis de humer ensuite le mélange suivant :

Bichlorure de mercure	0 gr 02 centigr.
Laudanum de Sydenham.	X gouttes.
Eau de laurier cerise	X gouttes.
Eau distillée	150 gr.

Politzer aurait plusieurs fois arrêté la maladie à son début, par des badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième.

La méthode abortive suivante, empruntée à Unna, a donné à Grossmann des résultats vraiment surprenants : elle consiste à faire une seule fois, et le plus près possible du début, une pulvérisation intra-nasale avec le mélange :

Ichtyol	0 gr. 50 centigr.
Ether } âà . . .	50 gr.
Alcool }	

Enfin le remède de Brandt, si populaire en Allemagne, est également employé à Vienne. Voici sa composition :

Acide phénique pur	4 gr. 50 centigr.
Alcool à 90°	1 gr. 50 centigr.
Ammoniaque	4 gr. 50 centigr.
Eau distillée	10 gr.

Imbiber de cette solution une éponge qu'on place dans un cornet de papier ; et en respirer les vapeurs par le nez.

La médication palliative, de beaucoup la plus employée, doit avant tout être calmante, et modérer les éternuements qui, par un cercle vicieux, augmentent la congestion de la pituitaire. Un procédé bien simple consiste dans l'inhalation nasale de vapeur d'eau, jointe à des pédiluves irritants. La morphine est très employée. Politzer fait insuffler de temps à autre dans les narines un centigramme de poudre de chlorhydrate de morphine. Urbantschitsch conseille plutôt le humage d'une solution morphinée :

Chlorhydrate de morphine .	0 gr., 10 à 0 gr., 30 centigr.
Eau distillée	100 gr.

Cette solution doit être tiède, et on n'en emploie chaque fois que la valeur d'une cuillerée à café. Mais il s'oppose absolument aux lavages du nez, quels qu'ils soient, pendant la période d'acuité du coryza ; il est d'accord, en cela, avec les autres auristes viennois, qui condamnent ce procédé comme étant la source de graves complications otiques.

Le chlorhydrate de cocaïne est le remède le plus généralement employé en pareil cas, non pas, comme on l'a dit, pour faire avorter le coryza, mais pour diminuer momentanément le gonflement et l'hyperesthésie de la pituitaire. On l'emploie soit en solutions, soit en poudre à priser. On peut varier à l'infini la composition de ces dernières ; une formule très simple est donnée par Schnitzler:

Chlorhydrate de cocaïne. . . . 0 gr. 20 centigr.
Café torréfié pulvérisé } āā . . . 5 gr.
Sucre blanc }

L'électricité a donné de bons résultats entre les mains d'Urbantschitsch ; il emploie un courant induit assez fort et applique les deux électrodes sur les ailes du nez ; quelques séances, de cinq minutes de durée, amènent rapidement une amélioration notable. Zaufal se loue aussi de l'électrisation ; il applique directement les rhéophores sur la muqueuse nasale.

C'est seulement quand les phénomènes aigus ont complètement cessé que les lavages du nez peuvent être autorisés ; ils rendent de grands services à cette période, et tarissent assez rapidement l'écoulement muco-purulent, qui, chez les sujets lymphatiques, survit au coryza aigu. A ce moment, du reste, si la guérison tarde à se montrer, le traitement à mettre en œuvre sera celui du coryza chronique simple.

III. — CORYZA CHRONIQUE SIMPLE

La première indication du traitement de cette affection si fréquente consiste à débarrasser les fosses nasales des mucosités qui les encombrent; dans les cas légers, cela seul suffit à amener la guérison ; dans les cas tenaces, ce nettoyage procure

un grand soulagement momentané, en rendant au malade la liberté de sa respiration nasale : c'est, de plus, le préambule obligé de toute application topique faite sur la muqueuse.

Pour déblayer le nez, il est de nombreux moyens ; un seul doit être autant que possible interdit, l'acte de se moucher, car, pour arriver à expulser ainsi les mucosités visqueuses qui encombrent son nez, le malade fait souvent des efforts considérables qui augmentent l'hypérémie nasale et éternisent le coryza.

Deux méthodes de nettoyage du nez sont employées : la douche sèche et le lavage.

La douche sèche, moins usitée, n'est guère recommandée que par les auristes, très familiarisés avec la poire à air. L'embout de la poire est introduit dans une narine.; et, poussé par elle, l'air, chassant devant lui les mucosités, ressort par l'autre narine, si pendant ce temps l'émission de la voyelle A a maintenu le voile relevé.

Le lavage du nez est un procédé beaucoup plus répandu, et dont on abuse même. Deux choses ici méritent considération : d'abord, la technique même de l'opération ; ensuite, la nature des solutions à employer.

Le siphon classique de Weber est peu utilisé dans les cliniques viennoises ; on s'y sert d'un simple vase à injection, accroché au mur, d'où part un tube de caoutchouc terminé par un embout olivaire ; les plus simples appareils sont les

meilleurs à mettre en les mains des malades. Tout naturellement, c'est dans les cliniques otologiques, où l'on soigne aussi le nez, qu'on insiste le plus sur les précautions à prendre pour éviter l'inondation de la caisse. On y fait aux malades cinq recommandations principales : 1° le récipient doit se trouver à une hauteur telle que la main puisse toujours l'atteindre ; 2° la température du liquide doit être de 30° ; 3° il ne faut ni parler, ni avaler tant que dure le lavage ; 4° l'injection doit toujours pénétrer par la narine la plus étroite ; 5° le courant d'eau doit être dirigé horizontalement. Lorsque le malade ne peut faire qu'un seul lavage par jour, Urbantschitsch lui conseille de le pratiquer le soir, avant de se mettre au lit ; il nettoie ainsi son nez de toute la poussière qui s'y est accumulée pendant la journée, et surtout il a l'avantage de ne pas sortir immédiatement après l'injection, l'inspiration de l'air extérieur, à température basse, pouvant, pendant la demi-heure qui la suit, amener un coup de froid local, cause de coryza aigu.

Malgré ces précautions, il n'est pas très rare que le liquide pénètre dans l'oreille moyenne et y produise une inflammation aiguë, ou tout au moins des douleurs vives. Si cet accident arrive, Urbantschitsch pratique la manœuvre suivante pour dégager la caisse : par la narine correspondante, il donne une série de vigoureuses douches d'air, la bouche étant maintenue ouverte ; le courant d'air passant vivement devant l'orifice tubaire, y produit

un vide (comme dans la trompe à eau) qui aspire le liquide qui a pénétré dans l'oreille moyenne. En fait, on voit cette manœuvre supprimer presque immédiatement la douleur d'oreille.

Chaque spécialiste s'est ingénié à introduire dans le procédé classique du lavage du nez telle modification qui rendît impossible les complications otiques. Ce qu'il faut, avant tout, c'est empêcher les mouvements de déglutition qui ouvrent la trompe ; or, le malade peut, malgré lui, ne pas observer cette recommandation. Pour prévenir une déglutition involontaire, Störk lui ordonne parfois de tenir une gorgée d'eau dans la bouche ; Urbantschitsch lui conseille de maintenir la langue tirée au dehors ; Zaufal recommande un procédé d'application assez pénible : le patient, pendant qu'il se lave le nez, doit profondément introduire deux doigts dans la bouche, pour repousser en haut le voile du palais contre l'entrée des trompes ; cet auriste a même fait construire dans ce but un appareil compresseur, essentiellement constitué par une fourche supportant deux pelotes, devant remplir le même office que les doigts.

Quelques médecins n'accordent pas de confiance à ces modifications de détails et rejettent systématiquement l'emploi du siphon de Weber. Schrötter se sert d'une petite seringue, de la contenance de trente à cinquante grammes, dont l'embout pénètre assez avant dans la narine, sans en boucher

complètement la lumière ; avec elle, jamais d'eau dans la caisse. Politzer accorde également sa préférence à la seringue ordinaire. Störk ordonne parfois des injections faites d'arrière en avant avec une seringue rétro-nasale, la tête du malade étant penchée en avant, pour éviter la chute du liquide dans le pharynx ; mais cet instrument présente quelques inconvénients : son introduction est assez pénible, et si le liquide est injecté avec trop de force, il peut frapper l'orifice de la trompe et y pénétrer. Un procédé dont se sert quelquefois Politzer est encore plus simple : avec un petit vase à bec, il verse deux à trois cuillerées de liquide dans une narine ; le malade, qui avait la tête inclinée en arrière, la penche vivement en avant dès qu'il sent le contact du liquide avec le pharynx, et le bain médicamenteux est alors rejeté par les deux narines à la fois, sans aucune pression.

Pins (de Vienne) a imaginé une disposition ingénieuse, qui prévient automatiquement la pénétration de l'eau dans l'oreille. Deux tubes traversent le bouchon d'une bouteille aux trois quarts pleine de la solution choisie ; l'un, très court, aboutit à la bouche du patient ; l'autre, plongeant jusqu'au fond du liquide, se termine d'autre part par une olive qui ferme exactement une narine ; en soufflant par le premier tube, le malade exerce une certaine pression à la surface du liquide qui, par le second tube, gagne les fosses nasales ; grâce à cet appareil, pas une goutte ne peut entrer dans

les trompes ; en effet, plus le malade souffle fort, plus le voile du palais, repoussé en haut et en arrière, ferme les embouchures tubaires ; et si, par mégarde, il fait un mouvement de déglutition, comme à ce moment même il s'interrompt de souffler, la pénétration du liquide s'arrête à l'instant.

Roth a fait construire par Reiner un pulvérisateur très pratique, qui lance dans une natine, sous forme de spray, une grande quantité de liquide ; et celui-ci, au lieu de retomber dans la gorge, ressort en avant par un orifice spécial pratiqué sur l'embout narinal de l'appareil.

Les meilleures solutions à employer pour le lavage du nez sont les liquides à la fois alcalins et antiseptiques ; l'alcalinité est une condition indispensable pour leur permettre de détacher et de délayer les mucosités nasales. La formule adoptée à la clinique de Störk donne d'excellents résultats :

Acide salicylique.	5 gr.
Chlorure de sodium.	50 gr.
Bicarbonate de soude	100 gr.

Deux cuillerés à café par litre d'eau.

Les solutions astringentes faibles peuvent aussi être employées en lavage. Politzer se loue de la solution de sulfate de zinc à deux pour mille ; mais elle ne doit pas être permise chez l'enfant, qui avale généralement les liquides qu'on lui introduit dans le nez ; car elle a une action vomitive énergique.

Ces lavages, patiemment et méthodiquement pratiqués, suffisent souvent à guérir les formes légères du coryza chronique simple. Chez les enfants lymphatiques, les médecins viennois, si localisateurs soient-ils, leur adjoignent cependant une médication interne, huile de foie de morue, iode ; ils recommandent les bains salés, les eaux d'Ischl ou de Kreuznach. Mais, si l'affection ne cède pas à ces moyens de douceur, il importe d'agir plus énergiquement sur la muqueuse par des astringents forts ou des caustiques

On peut insuffler dans le nez des poudres astringentes pures où mêlée à des corps inertes pulvérulents : alun, tannin, acétotartrate d'alumine. Cependant Störk défend sévèrement l'emploi de la poudre d'alun dont il est très partisan dans les laryngites chroniques ; il prétend que, contrairement à l'epithélium du pharynx et du larynx qui se régenère très vite, celui du nez ne se reproduit que lentement ; de là, l'intolérance de la pituitaire pour l'alun.

L'iode est très en honneur, aussi bien à l'Hôpital général qu'à la Policlinique ; on y pratique des badigeonnages quotidiens du nez avec la glycérine iodée faible, suivant la formule :

Iode pur.	0 gr. 20 centigr.
Iodure de potassium. . . .	2 gr.
Glycérine	20 gr.
Vanilline ou Menthol . . .	Q. S. pour aromatiser.

Mais le nitrate d'argent est certainement le mé-

dicament qui, dans les cas rebelles, a donné les plus beaux succès : les maîtres viennois sont unanimes à le conseiller. Ce corps doit être employé en solution faible : un pour cent (Urbantschitsch), un à trois pour cent (Störk); Politzer, au contraire, recommande les solutions concentrées au dixième ; elles sont extrêmement douloureuses. Urbantschitsch injecte tous les deux ou trois jours dix gouttes, dans chacune des fosses nasales, à l'aide d'un pulvérisateur. Politzer introduit avec une pince, dans chaque fosse nasale, deux boulettes d'ouate imbibées de la solution de nitrate d'argent au dixième ; puis, tandis que le malade tient la tête penchée en arrière, il comprime le nez entre le pouce et l'index ; et ainsi une partie de la solution caustique coule en arrière et va baigner le pharynx nasal. Le patient éprouve à ce moment une brûlure extrêmement vive, qu'il calme en humant de l'eau salée. Politzer répète cette manœuvre tous les deux jours ; selon lui, il faut de trois à vingt séances pour guérir radicalement un catarrhe nasal rebelle.

Störk emploie un procédé élégant, mieux toléré par les malades. Il se sert de cylindres d'ouate gommés, de la grosseur d'une plume d'oie, d'une longueur de cinq centimètres. Grâce à leur rigidité, il les introduit profondément dans les narines, après les avoir imbibés de la solution faible de nitrate d'argent ; il les y laisse trois minutes ; et cette cautérisation, fort peu pénible, est renouvelée tous les jours.

IV. — RHINITE HYPERTROPHIQUE

Lorsqu'on se trouve en présence d'une rhinite hypertrophique nettement caractérisée, il est à peu près inutile de l'attaquer par des moyens médicaux ; sur ce point, les maîtres viennois sont presque unanimement d'accord, et ne s'attardent pas à traiter les lésions vicérales ou les troubles de nutrition problématiques, dont elle dépendrait. Le seul procédé pour agir vite et bien est de s'adresser au traitement chirurgical.

La conduite à tenir varie un peu suivant qu'on a à faire à une rhinite hypertrophique diffuse ou circonscrite ; dans le premier cas, les cautérisations sont indiquées ; dans le second, il est beaucoup plus rapide d'extirper les formations polypoïdes avec le serre-nœud.

Les cautérisations peuvent se pratiquer soit avec des agents chimiques, soit avec le cautère galvanique. Les seuls caustiques que l'on emploie couramment sont l'acide chromique et l'acide trichloracétique ; ce dernier a été vulgarisé à Vienne par Rethi. L'acide chromique lui est préférable ; il est plus facile à manier, sous forme de perle fondue à l'extrémité d'un stylet, tandis que les cristaux d'acide trichloracétique adhèrent mal à la cupule creusée pour les recevoir dans la tige d'un porte

caustique ; l'acide chromique fuse moins, et produit moins de réaction inflammatoire consécutive ; il est, de plus, indolore, si on l'applique après cocaïnisation préalable. Il mérite donc d'être préféré.

Pour la cautérisation galvanique, on peut user indifféremment d'un cautère plat, avec lequel on fait à la surface du cornet une brûlure étendue et superficielle (Störk), ou d'un cautère cutellaire, qui sert à tracer d'arrière en avant un ou deux sillons profonds.

Les hypertrophies circonscrites et pédiculées, ainsi que la tête et la queue des cornets, doivent être enlevées à l'aide du serre-nœud. L'anse froide présente sur le serre-nœud galvanique l'avantage de pouvoir être plus aisément maniée dans un nez étroit ; de plus, la réaction inflammatoire consécutive qu'elle entraîne, est beaucoup moins intense et moins durable. Mais elle a le grave inconvénient d'exposer le malade à des hémorrhagies, souvent sérieuses ; on évitera pourtant cette complication si on suit strictement la recommandation que fait Hajek, de ne procéder à l'écrasement des tissus qu'avec une extrême lenteur, de mettre cinq minutes et plus à en achever la section, de façon à laisser aux vaisseaux qui traversent le pédicule enserré le temps de se thromboser. Néanmoins, l'anse chaude est généralement préférée.

Pour saisir l'extrémité postérieure hypertrophiée du cornet inférieur, Zaufal, qui pratique le toucher rhino-pharyngien avec une habileté extrême, intro-

duit l'index gauche dans le naso-pharynx et s'en sert pour placer l'anse qui a pénétré par la narine. Chiari trouve ce procédé compliqué et douloureux; il se contente de porter dans le nez un conducteur à tubes superposés, se terminant par une anse verticale, à laquelle il imprime d'avance une inclinaison convenable en bas et en dehors, que le fil d'acier reprendra par sa propre élasticité, dès qu'il arrivera dans le cavum ; il lui suffit alors de pousser l'anse jusqu'à la rencontre de la paroi pharyngienne, de la ramener à lui en portant le manche de l'instrument en haut et en dedans ; et après quelques tâtonnements, il accroche aisément la queue du cornet, si elle n'est pas trop volumineuse.

Pour bien réussir cette opération, il faut, nous dit Hajek, un fil d'acier rigide gardant l'inclinaison qu'on lui donne ; au contraire, un fil d'acier très souple est indispensable si l'on veut enlever l'extrémité antérieure du cornet moyen. Pour y parvenir, ce qui n'est pas chose très facile, il faut introduire l'instrument dans le nez après avoir courbé en bas l'anse libre, à angle droit sur la tige du serre-nœud ; on la porte en haut de façon à embrasser le bord inférieur du cornet moyen ; et alors, relevant son manche autant que le permet la largeur de l'orifice des narines, on amène la tête du cornet à s'engager dans l'anse, qui la sectionne obliquement de bas en haut et d'arrière en avant.

L'enlèvement à l'anse chaude de l'extrémité an-

térieure du cornet inférieur est encore beaucoup plus difficile, car celle-ci se termine insensiblement sur la paroi externe des fosses nasales; Hajek recommande le procédé de Jarvis, consistant à la transfixer préalablement avec une aiguille qui empêche le fil métallique de glisser.

Ce même auteur recommande également de ne manier le galvano-cautère qu'avec la plus grande précaution, dans la région qui se trouve immédiatement en avant et au-dessus du cornet inférieur ; à ce niveau, une lamelle osseuse extrêmement mince (apophyse lacrymale du cornet inférieur) forme la paroi interne du canal lacrymal ; si l'on porte maladroitement en ce point le galvano-cautère, on risque fort de perforer cette paroi, et de causer une atrésie cicatricielle du canal qui entraînera à sa suite de l'épiphora durable.

Les deux complications ordinaires auxquelles exposent ces cautérisations intra-nasales sont l'hémorrhagie immédiate et les infections consécutives.

C'est la crainte de l'hémorrhagie qui fait généralement rejeter l'anse froide. Mais le serre-nœud galvanique n'en met pas non plus sûrement à l'abri. Même si l'on a soin de ne pas chauffer le fil au-delà du rouge sombre, ce qui est une précaution élémentaire, il faut opérer très lentement : Chiari ne met jamais moins de deux minutes pour enlever la moindre saillie polypoïde.

Ce maître défend sévèrement l'emploi de la cocaïne dans l'enlèvement de la queue du cornet inférieur, quelque douloureuse que puisse être cette opération ; cet anesthésique présente ici un inconvénient et un danger. Il rend l'opération malaisée ; sous son influence, l'extrémité du cornet hypertrophié se rétracte, et devient plus difficile à saisir ; souvent on n'en enlève alors qu'un fragment. Et surtout, il expose au danger des hémorrhagies retardées, très dangereuses, car elles se produisent après que le malade a quitté l'hôpital. L'opération se fait bien à blanc, puisque l'anse chaude amène la coagulation du sang dans les tissus ; mais au bout d'une heure environ, l'effet de la cocaïne étant épuisé, les vaisseaux se dilatent d'autant plus qu'à leur contraction succède une vaso-dilatation paralytique ; dès lors, le caillot devient trop petit pour obstruer la lumière du vaisseau : l'hémorrhagie se produit.

Pour éviter les accidents infectieux consécutifs, il faut d'abord ne cautériser dans une même séance qu'un point restreint de la pituitaire, surtout si l'on opère dans le voisinage de la trompe ; il faut surtout mettre un intervalle suffisant entre deux séances, et ne pratiquer une seconde cautérisation que quand la plaie faite par la première est complètement cicatrisée. L'intervalle minimum doit être de huit jours si l'on a employé l'acide chromique, de vingt jours si l'on s'est servi du galvano-cautère.

Après chaque opération, il est bon de faire un pansement avec une bande de gaze antiseptique, renouvelée environ tous les trois jours, et qui aura encore pour effet de prévenir la formation de synéchies entre le cornet et la cloison.

Zaufal trouve que le galvano-cautère agit trop lentement ; il a même renoncé à l'emploi de l'anse chaude, et a adopté un procédé, quelque peu violent, mais qui pourrait presque instantanément, en une seule séance, guérir une rhinite hypertrophique. Voici comment il opère. Il fait pénétrer par le nez un serre-nœud qu'il pousse jusque dans le cavum ; avec l'index gauche introduit par la bouche, il place l'anse froide autour de la queue du cornet inférieur. Cela fait, il serre un peu l'anse pour qu'elle embrasse solidement la tumeur, puis, saisissant à pleine main le manche de l'instrument, il le tire violemment en arrière, et arrache, en un énorme lambeau de plusieurs centimètres, toute la muqueuse qui recouvre le cornet. Après cela, il remplit la fosse nasale opérée d'un long tampon d'ouate saupoudré de poudre d'iodoforme. Au dire du professeur de Prague, cet arrachement ne serait pas plus douloureux que la simple amputation de la queue du cornet avec l'anse galvanique ; et elle expose moins à l'hémorrhagie.

Par opposition avec cette méthode vraiment chirurgicale, il faut mentionner le procédé de

douceur que j'ai vu employer par Chiari chez quelques personnes pusillanimes, n'osant pas subir de cautérisations. C'est une dilatation progressive des fosses nasales, analogue à celle qui se pratique pour le rétrécissement de l'urèthre. Chiari a fait construire dans ce but des bougies d'étain, ressemblant aux cathéters de Beniqué, mais droites et longues de dix centimètres au plus; un jeu de six à huit bougies, graduées du 10 au 30 de la filière Charrière, suffit aux cas ordinaires. Les bougies, entièrement enfoncées dans les fosses nasales, sont laissées en place pendant plusieurs heures par jour. Chaque semaine on passe à un numéro supérieur. L'amélioration ainsi obtenue est lente à se produire, et est peu durable.

Je dois aussi dire quelques mots du *massage vibratoire* que j'ai vu mettre en pratique dans la clinique de Schnitzler et dans celle de Chiari, sans aucun parti pris, quoiqu'en ait dit Braun. Les assistants de Schnitzler emploient une sonde de cuivre droite, garnie d'ouate plongée dans une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième. Les séances de massage vibratoire durent une minute ; les vibrations sont successivement réparties à tous les points de la muqueuse et faites avec les plus grandes précautions pour ne déterminer ni douleur, ni hémorrhagie nasale. Chiari suit encore plus à la lettre le manuel opératoire, tel qu'il est formulé par Braun. Récemment, il a publié les résultats

négatifs que lui a donnés ce procédé, et l'on sait la violente polémique qui s'est engagée à ce sujet entre le professeur viennois et le médecin de Trieste.

V. — OZÈNE

Il y a peu de chose à dire des méthodes de traitement généralement employées par les médecins viennois contre l'ozène : ce sont tous les procédés classiques connus.

Nettoyer soigneusement les fosses nasales et les bien débarrasser des croûtes qu'elles renferment est le seul moyen de faire disparaître la fétidité. Toute l'intervention du médecin peut même se borner à cela, car, après tout, le malade demande seulement à être délivré de la puanteur qu'il exhale ; peu lui importe d'avoir ou non de l'atrophie des cornets. Si, cependant, quoique nettoyé à fond, un nez ozéneux continue à sentir mauvais, c'est qu'il existe encore dans le pharynx nasal un amas de vieilles croûtes ; qu'on les enlève et la fétidité disparaîtra.

Le premier déblayage du nez doit être fait par le médecin, qui détache les croûtes avec la sonde et la pince. Dans la suite, de simples lavages, faits par le malade lui-même, suffisent à entretenir la propreté des fosses nasales. Mais c'est s'abuser que de croire que la douche, donnée avec le siphon de

Weber, peut suffire à cette besogne, à moins de la prendre à une pression telle qu'elle soit une perpétuelle menace pour l'oreille (Politzer). Il faut employer la douche anglaise, qui fournit un jet puissant et inoffensif. Le siphon de Weber peut cependant donner de bons résultats, à condition de suivre la recommandation formulée par Rethi : faire le lavage en deux fois ; une petite quantité de liquide est introduite dans le nez pour y ramollir les croûtes ; un quart d'heure plus tard, l'injection du reste de la solution les détache aisément.

Peu importe, pour beaucoup d'auteurs, la nature du liquide employé : on lui demande surtout d'agir mécaniquement. Chiari lave le nez avec une solution de chlorure de sodium à un demi pour cent qui est indifférente pour les tissus. Et cela peut suffire. « La thérapeutique de l'ozène doit être en quelque sorte négative. » (Hajek).

Mais ce nihilisme thérapeutique ne convient pas à tout le monde. Certains médecins veulent agir plus activement, et une intervention rationnelle peut se proposer deux buts : entraver les fermentations intra-nasales qui donnent lieu à la fétidité ; ranimer la vitalité de la muqueuse qui s'atrophie. De là la médication antiseptique et la médication excitante.

Dans le premier cas, il devait venir à l'esprit d'utiliser un corps qui, par son odeur forte, peut

masquer celle de l'ozène : l'iodoforme. Schnitzler ordonne une poudre à priser qu'il formule ainsi :

Benzoate de soude	12 gr.
Iodoforme porphyrisé	12 gr.
Goudron.	V gouttes.

ou encore

Iodoforme porphyrisé } àà . . .	10 gr.
Café torréfié pulvérisé }	

Mais le traitement de l'ozène par les poudres augmente encore la sécheresse du nez qui incommode tant les malades et favorise la formation des croûtes. Mieux vaut donc employer les bougies nasales, recommandées par Schrötter ; chacune d'elles contient un centigramme d'iodoforme ; on l'introduit dans la fosse nasale, on bouche la narine avec un tampon d'ouate et on la laisse en place pendant une heure.

La médication excitante rallie beaucoup plus de partisans ; dans presque toutes les cliniques viennoises, et en particulier dans celles de Störk et de Chiari, on se contente, après un lavage sérieux, de badigeonner chaque jour la muqueuse nasale avec la glycérine iodée faible :

Iode pur	0 gr. 20 centigr.
Iodure de potassium	2 gr.
Glycérine	20 gr.
Menthol.	Q. S. pour aromatiser.

Ce badigeonnage doit également porter sur

toute l'étendue du pharynx, qui participe au processus atrophique.

Et c'est là tout ce que les maîtres viennois nous autorisent à faire contre l'ozène. L'emploi des substances caustiques, à plus forte raison du galvano-cautère, est rigoureusement interdit par eux ; c'est du reste agir dans le même sens que la maladie, que de chercher à produire du tissu cicatriciel dans le nez ; c'est activer la marche du processus atrophique.

On sait le bruit qui s'est fait en Autriche autour du traitement de l'ozène par le massage vibratoire. Chiari et Hajek sont les deux seuls rhinologistes par qui j'aie vu appliquer consciencieusement cette nouvelle méthode ; or, en employant il est vrai des procédés différents, ils arrivent à des conclusions diamétralement opposées.

Chiari, comme on l'a déjà vu à propos du traitement de la rhinite hypertrophique, s'est fait un devoir d'appliquer cette méthode en se conformant scrupuleusement aux règles tracées par Braun : emploi de la sonde de cuivre droite garnie d'un tampon d'ouate ayant à peu près la consistance de la pulpe du doigt ; imbibition de ce tampon soit avec de la vaseline mentholée, soit avec de la glycérine iodée, ou encore avec du baume du Pérou ; vibrations légères et uniformes au nombre d'environ deux cents par minute,

exécutées le coude fléchi ; séances d'une minute de durée environ, le nez étant massé de chaque côté avec trois sondes. La seule dérogation aux préceptes de Braun est que les malades ne sont massés qu'une fois par jour. Par ce procédé, Chiari a obtenu la diminution des sécrétions et l'atténuation de l'odeur ; mais il n'a pas amené de guérison : il n'a jamais observé la régénération du tissu atrophié signalée par les vibrateurs. En résumé, pour lui, le massage vibratoire, dirigé contre l'ozène, n'est ni meilleur, ni pire que le procédé classique des badigeonnages ; toute amélioration obtenue doit être attribuée au médicament employé.

Hajek est d'un avis tout différent et considère le massage du nez comme le procédé thérapeutique le plus efficace dont nous disposions contre l'ozène ; rien n'entrave mieux, selon lui, la rétraction du tissu conjonctif qui caractérise le processus de la rhinite atrophique ; seulement, quelque peu sceptique, il ne s'astreint pas volontiers à la technique sacramentelle rigoureusement établie par Braun et Laker, et ne pense pas que parmi tous ceux qui aspirent à devenir des vibrateurs, il ne puisse se trouver que fort peu d'élus. Son éclectisme est au moins encourageant ; peu lui importe qu'on masse, qu'on vibre, qu'on effleure, qu'on tapote, pourvu naturellement que les mouvements soient doux et ne blessent pas la muqueuse nasale ; peu lui importe le médicament

qu'on emploie, glycérine iodée, pyoctanine, etc. Pour lui, tout procédé est bon, s'il cause dans la pituitaire l'irritation recherchée.

Le massage, avec ou sans vibrations, a pour effet : 1° d'amener une dilatation momentanée des vaisseaux de la muqueuse, qui envoient ainsi plus de sang aux glandes et enrayent leur dégénérescence graisseuse ; 2° de produire, grâce à cette hypérémie, une transsudation séreuse qui ramollit les croûtes et aide à les éliminer ; 3° enfin, par cette distension momentanée de la muqueuse, de rétrécir le passage des fosses nasales. Il en résulte que, puisque le courant d'air expiré acquiert par cette sténose relative une pression plus forte et que les croûtes et mucosités sont moins adhérentes, l'évacuation spontanée du contenu nasal est plus facile ; donc, moins de stagnation, et en fin de compte, moins d'odeur.

Mais le massage peut faire plus : appliqué à la première période de l'ozène, il peut rendre aux cornets leurs dimensions premières, et peut-être même créer un processus hypertrophique. Hajek admet donc que l'ozène peut être guéri par le massage.

Dans les cliniques officielles, on masse peu les muqueuses ; quelques aspirants s'y exercent à la dérobée, gauchement et sans méthode ; mais les maîtres sont systématiquement opposés à une innovation, qui a eu le tort de ne s'être pas présentée à eux sous un patronage classique.

VI. — TUBERCULOSE NASALE

Je n'ai eu l'occasion de voir traiter un cas de cette affection qu'à la clinique de Schnitzler. La distinction sur laquelle Hajek insiste tant entre la tuberculose primitive à forme végétante, et la tuberculose secondaire à type ulcéreux, a surtout sa raison d'être en ce qui concerne le traitement de ces deux variétés.

La tuberculose nasale primitive, en sa qualité de tuberculose locale, peut guérir si on la traite énergiquement. La tumeur qui obstrue la fosse nasale doit être enlevée, de préférence à l'anse chaude ; son point d'implantation sera vigoureusement curetté, en empiétant un peu sur les parties saines périphériques ; les récidives seront prévenues par une cautérisation avec de l'acide lactique à quatre-vingts pour cent. Hajek a vu la cicatrisation se faire et la guérison se maintenir dans un cas, depuis deux ans.

La tuberculose ulcéreuse secondaire, qui vient tourmenter les derniers jours d'un phtisique, ne réclame qu'un pansement antiseptique ; les insufflations intra-nasales de poudre d'iodoforme sont particulièrement utiles.

Dans le traitement du lupus nasal, Chiari donne la préférence au galvano-cautère ; mais, dans mes notes de cours, je ne trouve aucun autre détail sur ce point.

VII. — SYPHILIS NASALE

Le chancre syphilitique des fosses nasales est généralement méconnu (Hajek); on le prend ordinairement pour un coryza aigu à durée prolongée, et on le traite en conséquence.

La syphilis nasale secondaire est toujours bénigne; jamais elle ne produit de délabrements, ni d'effondrements du nez; elle réclame donc simplement un traitement local anodin.

La syphilis tertiaire du nez nous arrêtera seule. Elle est essentiellement représentée par la périchondrite ou la périostite gommeuse. Elle nécessite un traitement extrêmement énergique : parce qu'elle a une ténacité extrême, à ce point que Störk a observé un cas où des ulcérations tertiaires du nez persistaient depuis dix-sept ans; parce qu'elle entraîne à sa suite des déformations considérables, imprimant un stigmate infamant sur le visage des malades; parce qu'enfin, à cause de sa tendance à se cantonner souvent sur la voûte des fosses nasales, elle constitue un danger permanent pour l'encéphale.

Le traitement spécifique général devra être appliqué avec une sévérité rigoureuse, dès que les premiers soupçons auront éveillé l'attention du médecin, en particulier chez tout malade présentant une tumeur fluctuante bilatérale, sise au niveau du tubercule de la cloison. L'iodure de potassium à hautes doses, joint aux frictions

d'onguent mercuriel, devra être continué jusqu'à complète disparition des accidents.

Mais, à lui seul, ce traitement général peut-il suffire à guérir des accidents tertiaires des fosses nasales ? Oui, dit Hajek, mais la *restitutio ad integrum* n'est possible que lorsque la tuméfaction qui soulève la muqueuse de la cloison n'est pas encore ramollie. D'autres croient que même plus tard, à la phase d'ulcération, sous l'influence d'une médication générale bien conduite, on peut voir des surfaces osseuses dénudées se recouvrir de bourgeons charnus, aboutissant à la formation d'une cicatrice mince et lisse. Cependant les malades, ne souffrant pas, ne se présentent ordinairement au médecin qu'à une période beaucoup plus avancée de leur mal, quand la cloison est perforée et le nez rempli de pus. A ce moment, pas de guérison possible sans traitement local.

La première indication, commune à tous les cas, est de débarrasser le nez des sécrétions purulentes, des croûtes qui l'encombrent ; à cela suffisent les lavages soigneux à l'aide de solutions antiseptiques variées (permanganate de potasse, résorcine, lysol, etc.) ; étant donné la longue durée du traitement, il importe de veiller à ce qu'elles ne soient pas dosées à un degré de concentration tel qu'elles irritent la muqueuse ; et il y a, de plus, avantage à les alterner de temps à autre, pour éviter l'accoutumance qui ne tarde pas à se produire vis-à-vis d'elles.

Le nettoyage du nez met à nu des ulcérations qu'il sera bon de cautériser légèrement ; les solutions iodées sont de préférence employées à Vienne. Mais, le plus souvent, ces pertes de substance résistent à la mise en œuvre de tous les moyens précédents ; elles fournissent une suppuration tenace, fétide, sanguinolente, souvent mélangée de débris osseux ; elles se recouvrent ou s'entourent de végétations condylomateuses, qui obstruent les fosses nasales. C'est que, quand une ulcération gommeuse s'est produite dans le nez, deux causes bien différentes s'associent pour l'entretenir : l'action du virus syphilitique, en premier lieu ; et, en second lieu, la présence d'un séquestre osseux ou cartilagineux, qui agit comme corps étranger et éternise la suppuration. Contre le premier de ces facteurs de morbidité seul agit le traitement spécifique ; quant aux séquestres, presque jamais ils ne s'éliminent d'eux-mêmes, il faut les enlever.

La surface osseuse nécrosée qui recouvre l'ulcération est toujours beaucoup plus étendue que ne le fait supposer l'exploration à la sonde ; la difficulté, l'impossibilité même qu'éprouve le séquestre à s'éliminer par cette ouverture trop petite, rend compte de la durée interminable du mal, malgré le traitement médical. Il ne suffit donc pas, pour hâter l'issue de l'affection, de curetter l'ulcération, de détruire avec le galvano-cautère les végétations condylomateuses qui l'entourent, ou même de les

enlever à l'anse chaude ; il faut, au besoin sous le chloroforme, débrider largement la région ulcérée, mobiliser les séquestres avec la sonde, les fragmenter même si cela est nécessaire, et les extraire avec une pince solide ; et, si l'on réussit à enlever toutes les parties d'os ou de cartilage frappées de nécrose, non seulement on obtiendra une rapide guérison des ulcères rebelles, mais encore on préviendra jusqu'à un certain point les hideuses déformations consécutives du nez.

Quand on se trouve en présence d'un cas de syphilis nasale supérieure, à type naso-crânien, il faudra apporter dans ce traitement la plus grande circonspection, pour ne pas, en extrayant le séquestre, ouvrir la cavité encéphalique ; on évitera ce danger en employant des curettes assez larges, ne pouvant pas pénétrer trop haut dans la fente olfactive.

Les séquestres enlevés, les ulcérations cicatrisées, tout n'est point fini. Les déformations nasales vont apparaître, et elles obligent le médecin à ne pas se départir d'une extrême prudence, quand il établit son pronostic. Elles ne sont pas dues, comme l'enseignent les classiques, à l'effondrement des os propres du nez, par suite de la destruction de la cloison qui sert à les étayer ; elles résultent de la rétraction progressive, plus ou moins forte, des cicatrices gommeuses, chose impossible à prévoir à coup sûr. Plus l'étendue des ulcérations aura été grande, plus surtout leur

durée aura été longue, plus il y aura de chances pour que la forme extérieure du nez se modifie. On a conseillé, pour les éviter, de soutenir le squelette du nez avec des attelles de gutta-percha introduites à l'intérieur des fosses nasales et maintenues en place jusqu'à la guérison complète des lésions. Mais ces supports sont d'ordinaire inefficaces; car, le plus souvent, ce n'est que plusieurs mois après qu'il a été guéri sans déformation apparente, et sans qu'il ait eu aucune rechute, que le malade revient trouver son médecin, porteur d'un nez en selle ou en lorgnette. A cette période, une large rhinoplastie peut seule atténuer la difformité. Mais on ne saurait trop répéter qu'il est le plus souvent possible de prévenir celle-ci, en traitant vigoureusement et de bonne heure la syphilis nasale par les moyens locaux déjà indiqués, ce qui restreint l'étendue des cicatrices ultérieures.

VIII. — RHINOSCLÉROME

Maladie à évolution fatale, à durée indéfinie, qu'aucun traitement interne ne peut enrayer, pas même l'iodure de potassium sur lequel on avait fondé de grandes espérances. Partie du nez, elle descend peu à peu dans les voies aériennes et gagne le larynx; elle tue le malade presque toujours de la même façon : sténose laryngée, trachéo-

tomie, broncho-pneumonie secondaire (Chiari). Tous les médecins viennois considèrent actuellement la maladie dite *blennorrhée de Störk* comme du rhinosclérome vrai, débutant par le larynx ; seul, Störk se refuse à admettre cette identification. Quoi qu'il en soit, le même traitement est applicable.

Le rhinosclérome ne produit jamais d'ulcération, ne cause pas de douleur ; il donne lieu à un processus hypertrophique qui, fatalement, aboutit à l'atrésie des cavités où il se développe.

Dans le nez, on cherchera à enrayer cette sténose, soit en dilatant chaque jour les fosses nasales, à l'aide de bougies ou de tiges de laminaire, soit en se frayant un passage à l'aide de caustiques ou avec le galvano-cautère.

Dans le larynx, Schrötter accorde une grande confiance à l'emploi méthodique de ses sondes dilatatrices, qui, utilisées en temps utile, peuvent, à son avis, faire éviter la trachéotomie. Störk agit autrement pour détruire la sténose laryngée qu'engendre la blennorrhée qu'il a décrite. Dans ce cas, dit-il, les lésions commencent par le coussinet de l'épiglotte, la région la moins mobile du larynx, où par conséquent séjourne surtout le mucopus descendu des fosses nasales. De là, la sténose gagne d'avant en arrière : les cordes vocales se soudent au niveau de leur angle antérieur ; puis, l'adhérence s'étend vers la région aryténoïdienne, de façon à ne plus laisser, pour le passage de l'air, qu'un tout petit pertuis à la partie postérieure de

la glotte. Störk refait alors une fente glottique en incisant le tissu morbide d'arrière en avant ; et il en cautérise fréquemment les bords avec le crayon de nitrate d'argent.

Dans un cas d'oblitération scléromateuse de la trachée, Billroth a pratiqué, sans succès du reste, de longues scarifications verticales de la muqueuse trachéale, après trachéotomie préalable ; il espérait déterminer ainsi la production d'un tissu cicatriciel, dont la rétraction aurait rendu un peu de perméabilité au conduit aérien.

IX. — POLYPES MUQUEUX

Il n'y a rien de particulier à signaler à ce sujet dans les cliniques viennoises ; on y enlève naturellement les polypes du nez avec le serre-nœud, le plus souvent à l'anse froide ; c'est l'opération courante, faite à la hâte par les aspirants qui souvent ne prennent même pas le temps de cocaïniser le malade[1] ; le serre-nœud galvanique est peu

[1] Schrötter ne cocaïnise pas le nez, avant d'y pratiquer une opération. Employée comme elle l'est journellement, la cocaïne a seulement, d'après lui, un effet moral. Une sérieuse cocaïnisation du nez serait tout aussi douloureuse que l'opération elle-même. Seule, la cocaïnisation préalable du pharynx et du larynx a sa raison d'être, non pas pour épargner des souffrances au patient, mais pour supprimer les spasmes réflexes qui gêneraient considérablement l'opérateur.

employé. L'usage de la pince est absolument interdit, sauf quand le polype fait saillie dans le naso-pharynx; Störk se sert alors avec avantage de sa pince choanale.

La seule note originale est donnée ici par l'enseignement d'Hajek. Ce jeune maître s'élève énergiquement contre la routine des livres classiques, qui tous disent ceci : « lorsqu'on a enlevé « des polypes muqueux, il faut soigneusement « cautériser leur point d'implantation pour empê- « cher leur reproduction. » Or, cette phrase consacre deux « colossales » erreurs. Elle renferme en effet implicitement les deux affirmations suivantes :

1° un polype muqueux peut se reproduire après son extraction;

2° il est possible de cautériser le point d'implantation de ce polype.

A cela Hajek répond :

1° jamais un polype muqueux, même incomplètement enlevé, ne se reproduit, ne « repousse » si l'on veut ;

2° il est presque toujours impossible de voir le point d'implantation du polype et par conséquent de le cautériser.

Cela demande une démonstration.

1° — Qui a donné naissance à cette légende de la récidive des polypes muqueux des fosses nasales ? les chirurgiens, qui, pendant de longues années, ont monopolisé la pathologie nasale. Leur inter-

vention, en l'espèce, se bornait à ceci : placer le malade en face du jour, ce qui permettait tout au plus d'apercevoir les polypes qui venaient se montrer dans le vestibule ; introduire une pince quelconque dans le nez, attraper au hasard le premier polype apparent et l'arracher. Huit jours après le malade revenait ; un nouveau polype se montrait à l'orifice des narines ; et chacun de se dire : récidive ! Or, nous savons, maintenant que nous y regardons, qu'il n'y a jamais un, mais dix, vingt polypes muqueux dans une fosse nasale ; le prétendu polype récidivé, c'est un second polype qui est venu prendre la place de son voisin, après son départ.

Aucune démonstration de la récidive des polypes muqueux n'a jamais été donnée. Ce qui se passe ordinairement, c'est ceci : un malade vient nous trouver, le nez encombré ; nous nettoyons complètement les fosses nasales de tous les polypes apparents à l'examen, non pas chirurgical, mais rhinoscopique ; nous le renvoyons guéri. Deux mois après, tout est à recommencer. Y a-t-il eu récidive, c'est-à-dire reproduction *in situ* des tumeurs enlevées ? nullement. Mais si, après avoir bien déblayé les fosses nasales, nous avions, en nous donnant du jour par une vigoureuse cocaïnisation, soulevé avec un stylet le cornet moyen, nous aurions sans doute trouvé l'hiatus semi-lunaire encombré par une foule de polypes minuscules : ce sont ceux-là, auxquels nous n'avons pas

touché, qui ont continué de croître. Peut-il être question, en cela, d'une récidive ?

Du reste Hajek a plus d'une fois donné la démonstration expérimentale de la non-récidive des polypes muqueux. Soit un gros polype à long pédicule, descendant de l'hiatus ; on le sectionne à l'anse froide de façon à laisser en place, très apparente dans le champ visuel, une partie de sa base ; et on observe chaque jour le malade. Que va-t-il se passer ? Voit-on le pédicule s'accroître et reproduire le polype ? Jamais ; tout au contraire, le pédicule se flétrit, s'atrophie peu à peu, et finit par être spontanément éliminé.

Est-il d'ailleurs besoin de cette démonstration ? C'est méconnaître les lois les plus élémentaires de l'anatomie pathologique générale que d'admettre que d'un pédicule uniquement formé de vaisseaux et de tissu conjonctif va renaître un polype muqueux, de structure normale, avec des culs-de-sacs glandulaires dilatés. Qui donc, même dans les tumeurs les plus malignes, a jamais vu une telle hétéroplasie : du tissu conjonctif donnant naissance à des glandes muqueuses ?

2° — Et quand même il serait démontré que les polypes du nez récidivent, croit-on vraiment qu'on puisse empêcher cela, en allant cautériser leur base ?

Les polypes muqueux se montrent presque toujours d'abord dans le méat moyen, et naissent pour la plupart soit des lèvres de l'hiatus semi-

lunaire, soit plus souvent encore du fond de celui-ci, principalement autour des orifices du sinus frontal et du sinus maxillaire. Plus rarement, ils s'implantent sur le bord inférieur du cornet moyen. Or, l'hiatus semi-lunaire est, dans les conditions normales, complètement inaccessible à la vue ; il est donc impossible de voir le point d'implantation de la plupart des polypes, et par conséquent de le cautériser. Les médecins qui, naïvement, se figurent porter leur galvano-cautère en ces points, font de la besogne inutile et bien mauvaise ; ils pénètrent dans le méat moyen, y brûlent la muqueuse au hasard, et risquent de provoquer, entre les lèvres de l'hiatus, des synéchies, qui peuvent devenir l'origine de la suppuration des sinus adjacents.

Voici donc, d'après Hajek, la conduite à tenir quand on veut radicalement guérir un malade atteint de polypes du nez, en admettant, bien entendu, qu'il s'agisse d'une dégénérescence de la muqueuse nasale et non point de productions polypeuses consécutives à des sinusites. On doit, au début, en une ou plusieurs séances, débarrasser le nez de tous les gros polypes qui l'obstruent. Quelques jours plus tard, on pratique une cocaïnisation intensive qui rétracte la muqueuse ; en soulevant le cornet moyen, on voit alors une série de petits polypes échelonnés le long des bords de l'hiatus, qui, si on les laissait se développer, donneraient

lieu à des pseudo-récidives ; on cherche alors par divers moyens, curettage, cautérisation, à détruire toutes ces tumeurs naissantes. Si, au bout de deux mois de ce traitement, les polypes récidivent sans cesse, il est indispensable d'intervenir énergiquement ; il faut, avec le serre-nœud galvanique, enlever le cornet moyen ; et alors seulement l'hiatus semi-lunaire, rendu accessible à la vue et aux instruments, pourra être déblayé de toutes les productions polypoïdes qui le remplissent. La guérison sera ainsi obtenue.

IX. — KYSTES OSSEUX

Le cornet moyen est formé normalement par deux lamelles osseuses accolées ; sous diverses influences elles peuvent se séparer, et le cornet se dilate en une bulle osseuse, qui remplit la fente olfactive, et simule, à première vue, un ostéo-sarcome. Le traitement radical de cette affection consiste à enlever toute la portion saillante du cornet avec l'anse chaude. Au reste, l'enlèvement d'une partie ou de la totalité du cornet moyen est une opération qu'Hajek pratique assez souvent, ne fût-ce que pour faciliter l'accès d'un sinus frontal malade ; elle n'offre aucun danger, à condition qu'elle soit pratiquée, non point avec un conchotome, mais avec un serre-nœud galvanique. Wa-

gner a prétendu que les cautérisations galvaniques du cornet moyen peuvent engendrer des méningites mortelles ; Hajek ne partage pas ces craintes. Dans l'observation que rappelle l'auteur allemand, le tamponnement du nez fut maintenu pendant soixante-quatorze heures : or, cela seul, même au bout de deux jours, peut suffire à causer l'infection des méninges.

Une tumeur, d'aspect absolument analogue à la précédente, peut être produite par une excessive dilatation, normale ou pathologique, de la bulle ethmoïdale, qui sort de l'hiatus, refoule en dedans le cornet moyen qu'elle aplatit contre la cloison, et détermine même une déviation de celle-ci. On peut être tenté de vouloir l'enlever ; d'après Hajek, il faut s'en garder à tout prix. Car, si on vient à l'ouvrir, comme il est impossible d'assurer une stricte antisepsie des fosses nasales, on risque de provoquer une suppuration des cellules ethmoïdales, et consécutivement une méningite purulente. Si le malade tient à être délivré de l'anosmie résultant de l'obstruction de l'entrée de la fente olfactive, la seule opération permise alors est l'extirpation du cornet moyen ; on fraye ainsi un chemin aux particules odorantes, entre la cloison et la bulle ethmoïdale.

XI. — ULCÈRE PERFORANT

L'ulcère perforant de la cloison guérit toujours de lui-même, et d'une façon bien plus régulière que quand on y fait des cautérisations ou des grattages. Ainsi donc, pas de traitement actif ; tout au plus quelques onctions à la vaseline boriquée, pour ramollir les croûtes qui se forment sur les bords de la perte de substance. Telle est la pratique d'Hajek, dont on ne niera pas la compétence en cette matière. Chiari est également abstentionniste et autorise seulement quelques badigeonnages à la glycérine iodée au centième. Mais il donne assez volontiers à l'essai le traitement interne antisyphilitique, sauf dans les cas, assez rares, dit-il, où l'ulcération a des caractères de non-spécificité incontestables.

Mais, à sa première phase, l'affection peut être enrayée dans son évolution par un traitement actif; alors qu'elle donne lieu à des épistaxis à répétition, et qu'elle ne montre comme toute lésion qu'une petite exulcération recouverte d'un enduit grisâtre, on a le droit et même le devoir de cautériser énergiquement la perte de substance, de préférence avec une perle d'acide chromique (Hajek).

XII. — DÉVIATIONS ET ÉPAISSISSEMENTS DE LA CLOISON

Voici de toute la pathologie nasale le chapitre peut-être le plus confus ; c'est à profusion que des instruments ont été construits, des procédés opératoires imaginés pour redresser les cloisons déviées. Les rhinologistes viennois ont très heureusement simplifié ces traitements : contre une infirmité très fréquente et grave de conséquences, ils veulent une méthode thérapeutique efficace et commode dans son application. Les enseignements donnés sur ce point dans les cliniques de Schnitzler et de Chiari se superposent assez bien ; je vais essayer de les résumer.

Il ne faut entreprendre le traitement d'une cloison épaissie ou déviée que quand cette malformation entraîne à sa suite une incommodité sérieuse, et que quand le patient se plaint d'une notable gêne de la respiration nasale ; il n'est pas permis, en général, d'intervenir quand ces troubles subjectifs manquent. Mais si une intervention est jugée nécessaire, seule une opération pourra donner le résultat cherché ; la dilatation progressive de la narine rétrécie avec des bougies, de l'éponge préparée, de la laminaire, est un traitement fort long, douloureux et par dessus tout inefficace, car le

septum, grâce à son élasticité, tend toujours à reprendre sa position vicieuse première.

Toute opération qui porte sur la cloison expose le malade à des dangers qu'il serait puéril de vouloir nier ; il faut donc réduire l'acte opératoire au strict minimum, et s'astreindre à de minutieuses précautions antiseptiques.

Il faut toujours tâcher de faire le moins de délabrements possible ; avant tout, essayer de rendre à la fosse nasale obstruée sa perméabilité, en cautérisant le cornet inférieur correspondant ; si cela ne suffit point, chercher à donner du jour en réséquant le sommet des épines ou des crêtes qui se montrent sur la convexité du septum ; et si cela est encore jugé insuffisant, alors seulement tenter le redressement en masse de toute la déviation.

Une rigoureuse antisepsie est nécessaire. On n'emploiera que des instruments stérilisés dans l'eau bouillante et maintenus dans une solution phéniquée froide jusqu'au moment de l'opération. On fera l'antisepsie préalable du champ opératoire, soit par des irrigations phéniquées (Chiari), soit par des pulvérisations créolinées (Hajek) ; après quoi, on maintiendra jusqu'au dernier moment le nez bourré de tampons de ouate imprégnés de ces solutions. Après l'opération, le tamponnement à la gaze iodoformée est le seul pansement qui mette le malade à l'abri des complications ; et il faudra souvent le maintenir pen-

dant quinze jours, en le changeant toutes les quarante-huit heures.

Le patient ne doit jamais être chloroformé ; la muqueuse de la cloison fournit un écoulement de sang extrêmement abondant, qui, chez un sujet endormi, pourrait aisément pénétrer dans les voies aériennes. L'anesthésie cocaïnique est seule permise ; et encore oblige-t-elle à de sérieuses précautions. L'insensibilité la plus grande est obtenue par des injections sous-muqueuses d'une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne ; Rethi, ancien assistant de Schnitzler, ne dépasse jamais la quantité totale de deux centigrammes de substance active, ayant vu des phénomènes d'intoxication se produire avec une dose plus forte. Mais Hajek rejette ce procédé d'insensibilisation, depuis qu'il a observé des accidents de haute gravité à la suite d'une injection sous-muqueuse d'un centigramme de ce sel ; il se contente donc d'introduire dans les fosses nasales des tampons de ouate imbibés d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième ; ainsi l'effet anesthésique est aussi sûrement et beaucoup moins dangereusement obtenu.

L'étroitesse du champ opératoire gêne beaucoup le chirurgien ; l'opération, déjà difficile à conduire quand elle se limite, ce qui est le cas ordinaire, à la partie inférieure du septum cartilagineux, devient presque irréalisable quand il s'agit de redresser des déviations de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, ou de réséquer une crête sise au ni-

veau de la suture chondro-ethmoïdale ; à peine les instruments peuvent-ils pénétrer dans la fente olfactive. Aussi, en présence d'une déviation sigmoïde, devra-t-on se borner à réduire la courbure inférieure la plus accentuée et généralement la plus gênante. Les maîtres viennois rejettent donc les procédés opératoires systématiquement compliqués, en particulier la résection sous-muqueuse de la lame déviée ; ils prétendent, par des moyens beaucoup plus simples, arriver à d'aussi bons résultats. Ils classent, à ce point de vue, les malformations de la cloison en deux groupes principaux.

1. *Epines, crêtes, et autres saillies circonscrites.* — Il suffit de faire tomber la partie saillante d'un coup de bistouri, ou d'un trait de scie, sans se préoccuper de ménager la muqueuse, qui ultérieurement se régénérera fort bien. Quelques spécialistes, pour restreindre l'hémorrhagie, préfèrent, dans un premier temps, sectionner les parties molles avec le galvanocautère. L'opération est parfois laborieuse, principalement quand on a à faire à certaines crêtes développées au niveau de la suture inférieure du cartilage quadrangulaire, qui s'appuient sur l'apophyse palatine du maxillaire supérieur avec laquelle elles font corps. Il faut alors mener deux traits de scie à angle droit, l'un suivant le plan de la cloison, l'autre, horizontal, au niveau du plancher de la fosse nasale ; le fragment osseux ainsi détaché a la forme d'un coin.

Il arrive parfois qu'en abattant ces saillies, on produise une perte de substance, que la muqueuse ne parvient pas à combler. Cela n'a aucune importance ; une perforation de la cloison ne défigure pas un malade et, quelque grand qu'il soit, jamais un trou dans le septum ne met en péril la solidité de la voûte nasale.

II. *Grandes déviations.* — C'est-à-dire courbure obstruant la totalité de la fosse nasale antérieure, comprenant tout le cartilage quadrangulaire et empiétant sur le bord des lames osseuses voisines. Dans ce cas, il ne suffit plus de réséquer la partie saillante, il faut presque refaire une cloison, par une sorte d'autoplastie. Ici chaque auteur a imaginé une méthode, qu'il place au-dessus de toutes les autres. Hajek, sur les conseils de Zuckerkandl, emploie un procédé opératoire ingénieux, et peu compliqué ; j'ai eu l'occasion de le lui voir exécuter et de constater les bons effets qu'en retire le patient.

Voici comment procède ce rhinologiste. L'opération exige de la part du malade énormément de patience et de courage ; car elle est longue : elle dure plus d'une heure. On désinfecte d'abord soigneusement les fosses nasales ; puis, avec deux tampons de gaze iodoformée, on pratique un tamponnement très serré des choanes afin d'éviter que le sang, tombant dans la gorge, n'oblige le malade à interrompre à chaque instant l'opération pour cracher. Cela fait, on cocaïnise en

surface les deux côtés du septum avec deux tampons d'ouate laissés en place pendant dix minutes ; l'anesthésie étant obtenue, on transfixe avec un bistouri spécial, la partie antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse, et on conduit cette incision d'avant en arrière, d'abord le long de l'insertion du cartilage sur le plancher, puis en remontant parallèlement à la suture voméro-chondrale, jusqu'à ce qu'on rencontre le bord inférieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ; on prolonge alors cette incision en haut et en avant, sur une longueur d'un centimètre, le long de la suture chondro-ethmoïdale, à sa partie la plus reculée. On revient ensuite au point de départ, et de l'extrémité antérieure de la première incision on fait partir une seconde incision, qui, se dirigeant en haut et en arrière, parallèlement au dos du nez, est prolongée jusqu'à la rencontre de la partie antérieure du bord inférieur de la lame perpendiculaire. Ces incisions, faites à travers toute son épaisseur, transforment le septum cartilagineux en une sorte de volet mobile autour de son bord supérieur constitué par la suture chondro-ethmoïdale ; on le fait alors pivoter autour de cette charnière, et on le maintient dans le plan vertical médian par un tamponnement complet des deux narines ; les tampons qui bouchent les choanes ne sont enlevés que quand l'hémorrhagie opératoire est arrêtée. Le pansement à la gaze iodoformée doit être renouvelé tous les deux

jours ; il y a lieu, chaque fois, de s'assurer que le septum conserve la bonne position qu'on lui a donnée. En général, au bout de deux semaines, la consolidation est effectuée.

Une telle opération ne peut être pratiquée avec soin que sur une cloison simplement déviée ; y a-t-il, ce qui est le cas ordinaire, superposition d'éperons, de crêtes, d'épaississements, il faudra commencer par réséquer les parties saillantes, ainsi qu'il a été indiqué plus haut.

* * *

La luxation du bord inférieur de la cloison cartilagineuse sur le vomer peut être assez accentuée pour rétrécir une fosse nasale et nécessiter une opération. Rien n'est plus facile que de ramener avec les doigts la cloison luxée, mais il est impossible de la maintenir réduite. On voit alors, même en relevant simplement la pointe du nez, une crête mousse, élastique, montrant la blancheur du cartilage à travers la muqueuse, s'appuyant sur le plancher et s'accolant au cornet inférieur. Il suffit de réséquer toute la partie saillante de cette crête avec des ciseaux ou avec un bistouri ; la plaie ainsi faite se cicatrise très rapidement.

XIII. — SYNÉCHIES

Schrötter emploie un procédé élégant pour opérer les synéchies nasales, qu'il n'applique que si celles-ci sont membraneuses, et ne s'étendent pas dans toute la hauteur de la fosse nasale. Il les sectionne à l'anse chaude. Par dessus la synéchie il glisse une sonde de Belloc jusque dans le pharynx ; à son extrémité, il fixe un fil de fer simple introduit par la bouche, puis ramène le tout, de façon à faire sortir un bout du fil par les narines. La sonde de Belloc est de nouveau glissée, cette fois au-dessous de la synéchie, jusque dans l'arrière-bouche, et va chercher l'autre chef du fil métallique qui est également ramené au dehors de la narine. On a ainsi formé une anse qui embrasse le pont membraneux ; il suffit de fixer les deux extrémités de ce fil de fer à un manche galvano-caustique et, dès lors, il est très facile de sectionner la synéchie.

II

SINUS

—

I. — EMPYÈME DU SINUS MAXILLAIRE

Le traitement de l'empyème du sinus maxillaire s'enrichit chaque jour de procédés nouveaux. Peu de chapitres de rhinologie sont maintenant aussi encombrés; contre cette affection, le plus souvent désespérément tenace, les tentatives thérapeutiques se multiplient, et se multiplieront encore jusqu'au moment où nous posséderons enfin une médication vraiment curative. En attendant que vienne cette simplification, nous aurons à choisir parmi les procédés de traitement les plus divers. Pourtant, cette confusion est plus apparente que réelle; toutes les méthodes dirigées contre l'empyème maxillaire cherchent à répondre aux deux indications capitales des traitements de

toute collection purulente : 1° évacuer le pus contenu dans le sinus ; 2° modifier la muqueuse du sinus pour tarir cette suppuration. Voyons donc quelle est, sur ces deux points, la pratique des maîtres autrichiens.

La première indication, la plus importante certainement, est de débarrasser l'antre du pus qu'il renferme et d'éviter que dorénavant celui-ci n'y stagne. Plusieurs rhinologistes ont voulu profiter, dans ce but, de l'orifice naturel du sinus ; de ce nombre est Störk. Celui-ci suit d'autant plus volontiers cette voie, qu'il pense que les sinusites maxillaires sont presque toujours consécutives à des affections du nez. Il commence naturellement par enlever les polypes que le pus, en s'écoulant, a souvent fait naître sur les bords de l'hiatus, puis il cherche à dilater le méat moyen en y enfonçant des tampons d'ouate, de manière à essayer de voir l'entrée du sinus ; y parvient-il, il introduit dans l'ostium maxillaire une seringue à longue canule courbée du bout, et par un lavage débarrasse la cavité de son contenu. Mais lorsqu'il ne réussit pas ce cathétérisme, ce qui est de beaucoup le cas le plus habituel, il se contente d'introduire dans la fosse nasale un tube de caoutchouc dur, rectiligne, présentant près de son extrémité un œillet latéral ; il tâche de placer ce trou en regard de l'orifice du sinus ; puis, adaptant au tube une seringue pleine de liquide, il croit pouvoir injecter celui-ci dans l'antre, et en

est assuré si le malade a la sensation de l'eau qui pénètre dans sa joue. J'ai vu plusieurs fois les élèves de Störk mettre consciencieusement en pratique ce traitement ; et je suis persuadé qu'en croyant irriguer le sinus, ils arrivaient tout au plus à laver le méat moyen.

En effet, Zuckerkandl nous enseigne qu'il est presque toujours impossible de voir par la rhinoscopie antérieure l'ostium maxillaire, profondément caché derrière la lèvre inférieure de l'hiatus ; et que, même dans les cas où l'on parvient à placer une sonde dans cette ouverture, il est extrêmement difficile de la pousser plus avant dans la cavité du sinus, attendu que l'ostium forme un canal se dirigeant de haut en bas et d'arrière en avant, direction exactement opposée à celle d'un instrument qui pénètre dans le méat moyen.

Chiari, Hajek sont du même avis. Pour Chiari, le lavage du sinus maxillaire par son orifice naturel, à l'aide de la canule d'Hartmann ou de tout autre instrument analogue, est très difficile à exécuter à cause de l'étroitesse du méat moyen, et tout à fait inefficace, car la canule qu'on arrive à faire pénétrer dans l'ostium maxillaire est si mince, qu'elle ne peut débiter qu'une quantité de liquide tout à fait insuffisante pour laver convenablement le sinus. Hajek, de son côté, considère le cathétérisme du sinus maxillaire comme infiniment plus difficile que celui du sinus frontal ; tantôt l'hiatus semi-lunaire présente une

profondeur de plus d'un centimètre ; d'autres fois, s'il y a hypertrophie de la bulle ethmoïdale, ou saillie de l'apophyse unciforme, ses lèvres arrivent à se toucher et il n'est pas rare qu'elles se soudent. Du reste, quand parfois on parvient à faire entrer une canule dans le sinus, on ne réussit pas pour cela à laver convenablement celui-ci, car l'ostium maxillaire est généralemeut si étroit (et les orifices accessoires, quand ils existent, le sont encore davantage) qu'entre ses parois et la canule il ne reste pas assez de place pour l'issue d'un pus grumeleux. Hajek a pu extraire plusieurs fois de grosses masses de pus concret par un large orifice alvéolaire, alors que le lavage par l'orifice naturel n'avait ramené que du liquide légèrement trouble.

Il faut donc, de l'avis de ces maîtres, pour assurer une évacuation complète du sinus maxillaire, créer un large orifice artificiel. Celui-ci peut être fait en quatre points : méat moyen ; méat inférieur ; rebord alvéolaire ; fosse canine.

1° La perforation par le méat moyen est mauvaise et dangereuse, nous dit Hajek ; elle est mauvaise, car elle est en contradiction avec ce principe élémentaire de chirurgie, qui veut que toute collection purulente soit abordée par son point le plus déclive ; elle est dangereuse, parce qu'il peut se faire que, par suite de certaine malformation anatomique qui n'est pas rare, le trocart pénètre non pas dans le sinus, mais dans l'orbite. Cela peut arriver quand on a à faire à de petits sinus, dont la

portion supérieure est fort rétrécie, de telle sorte que la paroi externe du méat moyen répond non plus à cette cavité, mais à l'orbite. Hajek nous dit qu'il est possible, avec beaucoup d'attention, de soupçonner cette malformation, quand, explorant avec le stylet la paroi externe du méat moyen, on reconnaît que celle-ci est non pas plane, mais fortement concave ; mais combien délicate à faire est cette constatation, surtout si, comme c'est le cas ordinaire, la sonde s'embarrasse au milieu de polypes ou de languettes de muqueuse hypertrophiée !

2° La perforation par le méat inférieur n'expose pas à d'aussi grands dangers ; elle a de plus l'avantage d'ouvrir le sinus en un point déclive. Cependant Chiari n'est point partisan de cette opération que Zuckerkandl proposa aux rhinologistes à la suite de ses recherches anatomiques ; il réserve le méat inférieur pour la seule ponction d'épreuve ; car les lavages et pansements, pratiqués par cette voie, sont très douloureux ; et, de plus, le malade ne peut pas les exécuter lui-même chaque jour, ce qui est une condition très défavorable à la guérison.

Hajek, élève de Zuckerkandl, montre que l'ouverture de l'antre par cette voie doit être faite à la partie postérieure et supérieure du méat inférieur. Il faut ponctionner le plus en arrière possible : parce que la paroi osseuse du sinus va en s'amincissant d'avant en arrière, et parce qu'en ponc-

tionnant trop en avant, on risquerait d'enfoncer le trocart non pas dans le sinus, mais dans la fosse canine. Il faut, de plus, diriger la pointe du trocart en dehors et en haut, et ponctionner immédiatement au-dessous de la ligne d'insertion du cornet inférieur ; si on fait la perforation trop bas, on risque, si le sinus est étroit, de pénétrer dans l'arcade alvéolaire. Il peut se faire pourtant que même en suivant exactement ces règles, on fasse pénétrer son trocart dans la fosse canine ; la raison anatomique est analogue à celle qui tout à l'heure devait faire craindre la perforation orbitaire ; il s'agit de sinus fort petits, surtout étroits dans leur partie inférieure ; paroi interne et paroi externe de l'antre s'accolent à ce niveau. Il serait possible de soupçonner également cette malformation, en constatant avec la soude une concavité exagérée de la paroi externe du méat inférieur. Comme Chiari, Hajek rejette l'opération de Mikulicz ; il lui fait le reproche d'être toujours très douloureuse, de produire à chaque pansement un traumatisme du sinus, enfin surtout de ne pas permettre au malade de se traiter lui-même.

Pour toutes ces raisons, la plupart des rhinologistes autrichiens abandonnent la voie nasale moyenne ou inférieure, et abordent le sinus par la bouche ; leur pratique peut se résumer ainsi : dans les cas ordinaires, perforation d'une alvéole ; dans les cas rebelles, ouverture par la fosse canine.

3° La perforation alvéolaire est une opération simple, peu douloureuse, et permettant au malade de se panser dans la suite, sans être forcé d'avoir recours chaque jour au médecin.

Cette opération est généralement facile ; Zuckerkandl nous apprend que ce sont presque toujours les sinus plongeant très bas dans le bord alvéolaire qui sont atteints d'empyème, à cause de leurs rapports plus intimes avec les racines dentaires ; souvent même il n'est pas rare qu'au moment ou on arrache la dent malade, le pus s'écoule par la brèche qu'a creusée dans la paroi inférieure du sinus la périostite alvéolaire. Mais, quand il s'agit de sinusites d'origine nasale, les plus fréquentes d'après Hajek, la perforation alvéolaire peut devenir laborieuse, car il n'est pas rare, dans ce cas, d'être obligé de traverser de deux à trois centimètres de substance osseuse pour arriver dans le sinus.

Il serait utile de savoir approximativement, avant de commencer l'opération, quelle va être l'épaisseur de la paroi osseuse qu'on rencontrera ; cela est possible à prévoir : d'une part, en se fondant sur la hauteur de la voûte palatine, d'autre part, en tenant compte des douleurs qu'éprouve le malade. Zuckerkandl a montré qu'un sinus maxillaire normal se termine inférieurement sur le plan horizontal passant par le plancher des fosses nasales. De là on peut conclure que plus la voûte palatine sera profonde, plus le plancher du sinus sera haut si-

tué, et par conséquent plus le bord alvéolaire sera épais ; un palais très plat permettra de croire qu'une cloison très mince sépare le sinus du fond des alvéoles. Hajek tient aussi grand compte des symptômes subjectifs : les parois du sinus sont d'autant plus minces, dit-il, que l'empyème est plus douloureux. En effet, si la paroi du sinus est mince, les nerfs dentaires, placés entre le périoste et l'os, sont immédiatement en rapport avec la muqueuse de l'antre, et participent à l'inflammation de celle-ci ; si, au contraire, la paroi du sinus est épaisse, les nerfs cheminent au milieu de la substance spongieuse et échappent aux processus morbides qui atteignent la muqueuse.

Il ne faut pas oublier que parfois, comme nous l'avons vu plus haut, le sinus maxillaire peut être très petit et sa cavité presque effacée dans sa moitié inférieure ; cette malformation, qu'on peut pressentir en constatant la concavité exagérée de la paroi externe du méat inférieur, contre-indique la perforation alvéolaire ; car, dans ce cas, le trocart enfoncé dans l'alvéole pénétrerait dans le méat inférieur. De pareils sinus ne sont abordables que par la fosse canine.

Les rhinologistes ne sont pas d'accord sur le choix de la dent qu'il faut extraire pour entrer le plus aisément possible dans le sinus. Chiari fait enlever de préférence la deuxième petite molaire, parce que ses racines, étant souvent soudées, laissent après l'extraction un trou unique et large, par où il

est fort commode de pénétrer. Hajek, considérant surtout les rapports plus ou moins immédiats qu'affectent les racines dentaires avec le plancher du sinus, laisse arracher plutôt la première grosse molaire. Il va sans dire que quand une des dents voisines du sinus malade est cariée, c'est toujours celle-là qu'il faut enlever ; en même temps qu'on se fraye ainsi une voie de pénétration, parfois toute faite, on supprime la cause du mal. Cependant, quand la carie atteint la deuxième grosse molaire, Chiari, trouvant qu'à cette profondeur dans la bouche la perforation et surtout les pansements consécutifs deviennent difficiles à exécuter, conseille d'arracher également la deuxième petite molaire, même si elle est saine.

L'anesthésie locale est nécessaire ; mais il ne suffit pas de badigeonner la muqueuse gingivale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne ; il faut pratiquer une ou deux injections sous-muqueuses, qui sont inoffensives, si elles sont faites à petites doses ; Chiari injecte seulement deux à trois gouttes d'une solution cocaïnique au cinquantième ; jamais il n'a déterminé d'accidents.

L'orifice, ainsi pratiqué par la voie alvéolaire, doit être large, pour qu'on puisse aisément tamponner le sinus sans avoir besoin de l'agrandir. Les fraises animées par le tour des dentistes doivent être rejetées, car elles font des trous beaucoup trop petits. Le trocart dont se sert Chiari a quatre millimètres de diamètre ; celui qu'emploie Hajek,

cinq millimètres. Ce dernier est quadrangulaire; il porte sur sa tige un curseur mobile, permettant d'augmenter ou de réduire la longueur de pointe, après qu'on s'est assuré, par les signes indiqués plus haut, que l'on se trouve en présence d'un bord alvéolaire épais ou mince.

Il arrive parfois que le sinus maxillaire présente un diaphragme fibreux horizontal qui le divise en deux loges; la loge supérieure peut seule renfermer du pus, si la sinusite est consécutive à une infection venue du nez. Dans ce cas, le trocart, enfoncé par l'alvéole, arrive dans la loge inférieure vide et fait une ponction blanche. Il faut alors, par l'orifice alvéolaire, introduire dans le sinus une sonde qui vient se heurter à une cloison mince élastique, donnant à la main du médecin une sensation toute autre que la paroi osseuse et résistante qui forme le plancher de l'orbite; avec cette sonde, on perfore et on lacère le diaphragme membraneux, et le pus s'écoule.

Pour maintenir béant l'orifice alvéolaire, il est d'usage d'y placer une canule à demeure. Plusieurs auteurs se sont élevés contre cette pratique l'accusant d'éterniser la suppuration. Hajek pense au contraire que cette canule est indispensable si l'on emploie, comme procédé de traitement habituel, les lavages du sinus pratiqués par le malade lui-même; elle ne présente pas d'inconvénients si elle remplit exactement le trajet alvéolaire, si elle s'y maintient solidement, si elle est bien bouchée

dans l'intervalle des lavages: pour éviter que les aliments ne s'y engagent, si enfin sa longueur varie suivant l'épaisseur de la paroi alvéolaire, qu'il est aisé de mesurer, l'opération faite. En effet, une canule trop longue présente un inconvénient et aussi un danger ; si son orifice supérieur est situé très haut, une certaine quantité de pus stagnera audessous de lui sur le plancher du sinus ; et si elle pénètre plus haut encore, et que le sinus soit petit, elle peut traumatiser la paroi orbitaire et y déterminer un point de nécrose.

Lorsque la suppuration est tarie, Chiari favorise la fermeture de l'orifice alvéolaire en le bouchant avec des obturateurs pleins, décroissant de jour en jour de longueur et surtout d'épaisseur. Il arrive parfois que, même après guérison de la sinusite, il persiste un peu de suppuration qui empêche l'occlusion de cet orifice; cette suppuration est souvent entretenue par un point de nécrose, situé sur la paroi osseuse du canal, et déterminé par la pression prolongée de la canule ; en pareil cas, Chiari gratte avec une curette tranchante les fongosités qui remplissent en partie le conduit alvéolaire, et ramène souvent un petit séquestre ; la suppuration cesse presque aussitôt.

4° On peut encore pénétrer dans le sinus maxillaire par la fosse canine. Mais on ne doit choisir cette voie que le plus rarement possible ; on n'y est autorisé, d'après Chiari, que dans deux cas : si le malade refuse absolument de se laisser

arracher une dent ; ou si la sinusite a résisté à tous les traitements mis en œuvre jusque-là, et qu'on veuille faire une large ouverture à travers laquelle on puisse curetter le sinus. Ce serait une grave faute de vouloir faire de ce procédé une méthode exclusive ; car cette opération est fort douloureuse, et les pansements faits par cette voie sont excessivement pénibles pour le malade.

Il est inutile de chloroformer le patient pour l'opérer ; Chiari se contente de l'anesthésie locale produite par l'injection sous-muqueuse de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquantième. Voici le procédé opératoire qu'il emploie : l'insensibilité ayant été obtenue, un aide relève fortement à l'aide d'un écarteur la lèvre supérieure et la commissure correspondante ; une incision horizontale, allant jusqu'à l'os, divise la muqueuse gingivale depuis le sommet de la racine de la première petite molaire jusqu'à celui de la deuxième grosse molaire ; le périoste est décollé, et, avec un perforateur analogue à celui qui sert pour la perforation alvéolaire, on pratique, en série linéaire, quatre à cinq trous, distants l'un de l'autre d'un demi-centimètre ; à l'aide d'une pince coupante, on fait sauter les ponts osseux qui les séparent, et on élargit suffisamment cet orifice de manière à ce qu'il admette aisément l'extrémité du petit doigt ; cela fait, on curette les parois du sinus, très vivement, car une hémorrhagie abondante se déclare aussi-

tôt ; on lave la cavité avec de l'eau phéniquée à un demi pour cent ; on la tamponne avec de la gaze iodoformée. Le pansement sera changé au bout de quarante-huit heures. Quelques précautions antiseptiques qu'on ait prises, il se déclare à la suite de cette intervention une réaction intense ; les jours suivants la joue se tuméfie, et devient très douloureuse.

La seconde indication du traitement de l'empyème du sinus maxillaire est, une fois la cavité suppurante ouverte et vidée, d'y faire des pansements antiseptiques. La méthode des lavages est de beaucoup la plus généralement employée. Chaque spécialiste recommande un liquide différent ; Störk ordonne la solution alcaline salicylée, qui est d'un usage courant à sa clinique pour le traitement du coryza chronique ; Chiari se sert d'une solution phéniquée à un demi pour cent ; Hajek préfère l'eau boriquée saturée ; mais tous, on le voit, s'accordent à ne conseiller que des liquides peu irritants.

Malheureusement, le traitement par les lavages seuls ne donne que de médiocres résultats. Quand il s'agit d'un empyème aigu, âgé de vingt à trente jours, on peut espérer le guérir en moins d'un mois, par des lavages fréquents pratiqués à travers une perforation alvéolaire (Chiari). Mais s'il s'agit, comme c'est le cas le plus habituellement rencontré en clientèle, d'une sinusite dont le dé-

but remonte à un an et au-delà, il y a fort peu d'espoir à mettre dans l'emploi des irrigations antiseptiques. On peut, de cette façon, traiter sans succès des empyèmes pendant quatre ou cinq ans ; et pendant ce temps, le malade fournit parfois cent grammes de pus par jour ! Le traitement sec de Krause, par des insufflations d'iodoforme ou d'iodol, ne donne guère de meilleurs résultats dans les cas invétérés.

En pareille circonstance, le procédé qui donne le plus de guérisons est le tamponnement du sinus maxillaire avec la gaze iodoformée ; cette méthode, imaginée par Schech, a produit d'excellents résultats entre les mains de Chiari ; Hajek s'en loue aussi. J'ai vu guérir en quelques semaines, traitées par ce moyen, à la clinique de Chiari, des sinusites maxillaires qui depuis des mois et des années avaient fait le désespoir des autres méthodes.

La gaze iodoformée, à cinquante pour cent, doit être seule employée ; Chiari n'a point essayé la gaze salolée ; mais la gaze à l'iodol lui a donné de mauvais résultats ; elle devient fétide au bout de quelques jours, tandis que la gaze iodoformée peut séjourner deux semaines dans le sinus sans y prendre d'odeur putride. Le tamponnement doit être fait avec une seule bande de gaze large de deux centimètres, longue d'environ cinquante centimètres. Chiari a fait fabriquer exprès pour cet usage des bandes ayant de chaque côté une lisière ; car, si l'on taille avec des ciseaux une bande

dans une grande pièce de gaze, celle-ci s'effiloche, et il reste dans le sinus des fils, qui font office de corps étrangers, et peuvent éterniser la suppuration. La gaze sera aisément introduite à l'aide d'une pince fine à travers l'orifice alvéolaire, qu'on s'applaudira alors d'avoir pratiqué suffisamment large ; l'extrémité de la bande sera laissée dans l'orifice qu'elle bouchera, et où il sera facile de la rattraper lors du pansement suivant. Le sinus doit être complètement bourré : le malade ne doit cependant éprouver aucune douleur ; si le tassement de la gaze était trop serré, de violentes névralgies sus-orbitaires avec sensation de distension de la joue ne tarderaient pas à se montrer ; on les ferait immédiatement cesser en retirant du sinus quelques centimètres de bande.

Outre son efficacité incontestable, cette méthode a encore l'avantage de ne nécessiter que des pansements rares. Au début, la gaze sera renouvelée tous les trois ou quatre jours ; plus tard, tous les huit jours ; vers la fin, si elle ne répand pas d'odeur fétide, on pourra la laisser en place deux semaines entières. A chaque pansement, avant de pratiquer le tamponnement, Chiari a soin de faire un lavage du sinus à l'eau phéniquée, continué jusqu'à ce que le liquide qui revient par le nez, ressorte absolument limpide.

II. — EMPYÈME DU SINUS FRONTAL

Les sinus frontaux sont séparés par une cloison si résistante (Zuckerkandl) que l'empyème frontal est le plus souvent unilatéral ; le pus a beaucoup plus de tendance à fuser dans l'orbite ou à pénétrer dans la cavité crânienne, qu'à se faire jour dans le sinus frontal opposé. C'est là une considération qu'on ne doit jamais perdre de vue dans le traitement de cette affection (Hajek.)

La trépanation de la paroi antérieure du sinus est le procédé habituellement employé pour en ouvrir les abcès. Dans certains cas rares, il est bon d'aborder la cavité par la voie orbitaire. En effet, la paroi inférieure du sinus, qui en est toujours la plus mince, présente parfois des déhiscences au niveau desquelles la muqueuse sinusale vient en contact immédiat avec l'aponévrose orbitaire. Heureux les sujets qui présentent cette anomalie, car jamais chez eux l'abcès du sinus ne s'ouvrira dans la cavité crânienne ; de bonne heure il viendra faire saillie au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite. Cela se passera en deux ou trois jours à partir du début des douleurs frontales ; dans un laps de temps aussi court, une perforation pathologique de la paroi orbitaire n'aurait pas eu le temps de se produire (Hajek). En pareil cas, il suffit d'ouvrir l'abcès orbitaire, pour pénétrer dans le sinus.

Mais la trépanation du sinus frontal est-elle toujours autorisée, quand il s'agit d'un empyème latent? Quelques rhinologistes autrichiens sont d'avis qu'il faut d'abord en essayer le traitement par les voies naturelles; et de ce nombre sont Chiari, Hajek, Zaufal.

Chiari, pour cathétériser le sinus frontal par la voie nasale, emploie une sonde de métal flexible, mince et longue; celle-ci est recourbée à son extrémité suivant un arc de cercle à grand diamètre; elle porte à sa partie moyenne un point de repère, qui, arrivé au niveau de l'orifice des narines, indique la limite de pénétration de l'instrument. Le cathétérisme doit être précédé d'une énergique cocaïnisation des bords de l'hiatus semi-lunaire, pour faire rétracter le plus possible la muqueuse sur le passage de la sonde; le meilleur procédé est de tamponner le méat moyen avec un plumasseau d'ouate imbibé d'une solution forte de chlorhydrate de cocaïne, et de l'y laisser au moins cinq minutes. Ce tampon enlevé, on introduit la sonde de telle façon que son bec, tourné en haut, se trouve au niveau de la partie antérieure de l'hiatus; puis on fait décrire à la main qui tient l'instrument un mouvement en quart de cercle, dirigé de haut en bas, exactement en sens inverse de celui qu'on suit pour introduire une sonde laryngienne; et on pénètre ainsi dans le sinus. Il n'est pas possible, le plus souvent, d'affirmer que cette pénétration a eu lieu; on se guide, pour cela,

sur la sensation du malade qui éprouve l'impression d'un courant d'eau pénétrant dans le front, ou encore sur la présence du pus ramené par le lavage. Chiari emploie, pour irriguer le sinus, la solution phéniquée à un demi-pour cent, généralement bien tolérée par la muqueuse nasale, et suffisamment antiseptique.

Hajek considère comme indications de la nécessité d'une intervention rapide, les douleurs frontales spontanées, et surtout l'existence d'un point douloureux provoqué par la pression du doigt dans l'angle supéro-interne de l'orbite.

La première chose à faire, dans ce cas, est d'enlever à l'anse chaude la partie antérieure du cornet moyen : sans cela, la pénétration du cathéter dans le sinus frontal est à peu près impossible. On effectuera donc cette opération préliminaire comme il a été indiqué plus haut, et on fera une ablation assez étendue pour mettre bien à découvert la partie antérieure du méat et de l'hiatus. Cela fait, on voit souvent celui-ci encombré, au niveau de l'infundibulum, par une masse de petits polypes muqueux jusque-là méconnus; dans tous les cas, on trouve la muqueuse, qui revêt ces parties, considérablement hypertrophiée. Deux à trois semaines de traitement préalable sont nécessaires pour déblayer cette région, gratter la muqueuse, enlever tous les polypes, avant que la sonde puisse librement arriver à l'entrée du sinus frontal. Dans quelques cas, ce nettoyage de la partie antérieure

de l'hiatus semi-lunaire suffit à lui seul à faire cesser tous les symptômes pénibles et même à amener la guérison de la sinusite frontale, en donnant au pus une voie d'écoulement facile.

Si ce nettoyage préalable et indispensable de l'infundibulum, précédé de l'amputation de la tête du cornet moyen, n'amène que parfois la guérison, toujours, en revanche, il la prépare, en rendant facile le sondage du sinus. A ce propos, Hajek s'élève violemment contre l'exclusivisme irrationnel des spécialistes qui affirment qu'on peut toujours ou qu'on ne peut jamais cathétériser le sinus frontal par la voie nasale ; ces deux assertions absolues sont insoutenables, car, en cette circonstance, il faut tenir compte des variations individuelles si grandes de l'architecture du méat moyen ; chez quelques rares sujets, on peut d'emblée aisément sonder le sinus frontal ; chez d'autres, quelque opération préalable qu'on pratique dans le nez, on n'y peut jamais parvenir. La vérité est celle-ci : chez les sujets dont la muqueuse du méat moyen et de l'hiatus est normale, il est très difficile de pénétrer dans le sinus, si on laisse en place le cornet moyen ; et cela devient impossible s'il y a empyème de ce sinus, à cause de l'hypertrophie et de la dégénérescence polypoïde de la muqueuse de ces régions. Au contraire, l'extrémité antérieure du cornet moyen étant enlevée, il devient possible, dans presque tous les cas, d'entrer dans le sinus frontal ; et le cathétérisme est alors rendu bien

plus aisé que celui du sinus maxillaire : car, tandis que l'ostium maxillaire a une situation très variable, le plus souvent impossible à constater, au contraire le canal ethmoïdo-frontal continue toujours en droite ligne l'hiatus semi-lunaire.

Pour pénétrer dans le sinus frontal, il faut, suivant Hajek, se servir d'une sonde ou d'une canule droite, recourbée à angle droit à six ou huit millimètres de son extrémité. Une fois arrivé dans l'hiatus, préalablement désobstrué, il suffit de suivre la direction de celui-ci en haut et en avant pour pénétrer presque à coup sûr dans le sinus frontal ; il n'est pas nécessaire de modifier, par des tâtonnements successifs, la courbure de la sonde, comme on le fait quand on veut cathétériser le sinus maxillaire. Le point le plus étroit du défilé ethmoïdo-frontal, qui seul peut offrir un obstacle au passage de la sonde, est la cellule ethmoïdale antérieure, qui fait communiquer l'hiatus avec le sinus. Il ne faut pas oublier que cette cellule a deux parois extrêmement minces, une interne, nasale, une externe, orbitaire ; dès lors, dès que la sonde aborde cette partie rétrécie, il faut lui faire décrire un mouvement de rotation de façon à ce que son bec se dirige un peu en dedans, du côté de la paroi nasale, zone peu dangereuse ; cette rotation en dedans, indispensable pour éviter une effraction de la paroi orbitaire, ne serait pas possible si le cornet moyen était entier; c'est donc là encore une nouvelle raison pour en en-

lever l'extrémité antérieure. En prenant ces précautions, on franchit sans accidents le défilé ethmoïdo-frontal, et on arrive dans le sinus.

Il n'est pas toujours aisé de savoir si vraiment la sonde a pénétré dans cette cavité. Hajek croit y être arrivé :

1° quand il a la sensation que la sonde a franchi un orifice et est entrée dans une cavité ;

2° quand la sonde occupe chez le malade une position absolument semblable à celle qu'elle a sur un crâne dont on cathétérise le sinus, à ciel ouvert.

Hajek pratique un lavage quotidien du sinus avec une solution boriquée à trois pour cent ; ce traitement suffit à amener la guérison dans les cas qui ne sont pas très anciens. A-t-il à faire à des formes plus rebelles, il n'hésite pas à en cautériser la muqueuse avec une solution forte de nitrate d'argent dosée à cinq et même à dix pour cent : ce moyen est héroïque. Si tous ces procédés échouent, il faut en venir à trépaner largement la paroi frontale du sinus. Mais chercher à pratiquer le curettage par la voie nasale, suivant les indications de Schäffer, de Brême, est une tentative extrêmement dangereuse, le plus souvent inefficace, et qu'Hajek condamne.

Zaufal agit peu différemment. Toutes les fois qu'il a diagnostiqué une sinusite frontale, il commence par enlever à l'anse chaude l'extrémité an-

térieure du cornet moyen, découvrant ainsi l'entrée de l'infundibulum. Puis, avec une grosse poire à air, terminée par un tube de caoutchouc très mince qu'il fait pénétrer jusqu'à l'orifice du sinus, il donne une forte douche d'air, qui chasse le pus, et soulage instantanément le malade. Dans beaucoup de cas, cette insufflation, quotidiennement répétée, suffit à amener la guérison.

Il faut enfin se rappeler que, dans ses nombreuses autopsies, Zuckerkandl n'a jamais rencontré de suppuration du sinus frontal sans qu'il y eût en même temps du pus dans le sinus maxillaire correspondant ; on dirigera donc ses recherches et sa thérapeutique dans ce sens.

III. — EMPYÈME DU SINUS SPHÉNOÏDAL

C'est une affection, sinon très rare, du moins bien souvent méconnue, car, pendant mon séjour à Vienne, je n'en ai pas vu traiter un seul cas ; et je ne trouve d'intéressant à rapporter à ce sujet que quelques notes recueillies à la clinique de Schnitzler ; c'est encore de la pratique d'Hajek qu'il sera ici question.

L'empyème sphénoïdal une fois reconnu — et il n'est pas rare qu'il faille suivre le malade pendant plusieurs mois avant de poser ce diagnostic —

on a le choix entre deux voies pour aborder le sinus, et y faire des lavages et des pansements : la voie buccale, la voie nasale.

Or, Hajek enseigne qu'on ne doit pas chercher à ponctionner le sinus sphénoïdal par la voie bucco-pharyngienne pour les raisons suivantes.

1° Parce qu'il faut employer dans ce cas un instrument coudé, avec lequel on a beaucoup moins d'adresse et de force qu'en se servant d'un instrument droit.

2° Parce que la paroi inférieure ou pharyngienne du sinus est notablement plus épaisse que sa paroi antérieure ou nasale.

3° Parce que si le sinus sphénoïdal est petit, on risque de pénétrer en arrière dans l'apophyse basilaire.

Au contraire, rien n'est plus simple que de pénétrer dans le sinus sphénoïdal par la voie nasale. Un trocart droit, poussé obliquement en haut et en arrière entre la cloison et le cornet moyen, arrive presque fatalement dans cette cavité ; on peut répéter vingt fois de suite cette opération sur le cadavre sans la manquer ; de plus, même en faisant fausse route, on ne risque de blesser aucun organe important.

Il est extrêmement difficile de pénétrer dans le sinus à travers son orifice naturel.

1° Parce que le siège de cet orifice est éminemment variable et qu'il n'existe aucun point de repère fixe pour nous guider vers lui.

2° Parce que cet orifice est inaccessible à la vue, étant masqué par le cornet moyen.

3° Parce qu'enfin, quand il existe un empyème sphénoïdal, la fente olfactive est presque toujours obstruée soit par des polypes muqueux, soit même simplement par une hypertrophie de la muqueuse.

En résumé, il faut aborder le sinus sphénoïdal par la voie nasale et, sans s'attarder dans la recherche infructueuse de son orifice, y pénétrer par effraction à travers sa paroi antérieure.

Mais, étant donné l'étroitesse de la fente olfactive, encore réduite davantage dans les cas pathologiques, on ne peut faire parvenir jusqu'au sinns sphénoïdal que des instruments très minces, petits trocarts ou fines canules. Schäffer prétend pouvoir pousser une curette tranchante jusque dans le sinus, et en gratter aisément les parois ; Hajek soutient le contraire, affirmant qu'il n'y a pas assez de place dans la fente olfactive pour manœuvrer ainsi ; et je dois dire que mes recherches personnelles, faites sur de nombreux cadavres, donnent raison à ce dernier auteur. Pour arriver jusqu'au sinus sphénoïdal, il faut donc se donner du jour, comme tout à l'heure quand on voulait aborder le sinus frontal ; pour cela, il est indispensable de réséquer tout ou partie du cornet moyen d'après les règles déjà indiquées. Il est cependant des cas exceptionnels où ce délabrement préliminaire est inutile, c'est quand on peut voir directement l'orifice sphénoïdal par la rhinoscopic antérieure ;

cela a lieu soit quand une rhinite atrophique a rétracté les cornets, soit quand une syphilis nasale grave a transformé en cloaque les cavités nasales, soit enfin quand, par suite d'une forte incurvation du septum, une fosse nasale est anormalement dilatée.

On enlèvera donc à l'anse chaude le cornet moyen, et, avec une cuiller tranchante, on pratiquera dans la paroi antérieure du sinus sphénoïdal une brèche aussi large que possible ; cette dernière partie de l'opération sera à peine douloureuse, car on agit sur une région pauvre en nerfs et peu sensible. On commencera alors par laver tous les jours la cavité malade avec de l'eau boriquée à trois pour cent ; si cela ne suffit pas à amener la guérison, on emploiera une solution de nitrate d'argent à cinq pour cent. Dans quelques cas, on se trouvera bien de tamponner le sinus avec de la gaze iodoformée.

IV. — EMPYÈME DES CELLULES ETHMOÏDALES

Voici le traitement généralement employé dans ce cas par les rhinologistes viennois : désobstruction préalable du méat moyen (enlèvement de polypes, grattages et cautérisations de la muqueuse), et, au besoin, résection d'une partie du cornet

moyen ; ponction de la bulle ethmoïdale ; aspiration du pus ; irrigations avec une solution de lysol au centième, ou de nitrate d'argent au vingtième ; ou traitement sec par l'insufflation de poudre d'iodoforme et tamponnement à la gaze iodoformée. Ce traitement suffit dans beaucoup de cas à amener la guérison. En général, toutes les cellules ethmoïdales sont malades ; mais comme la suppuration a le plus souvent détruit les travées osseuses qui les séparent, il suffit, pour les aborder toutes, de pénétrer dans l'une d'elles ; or, la cellule antérieure, qui correspond à la bulle ethmoïdale, est la plus accessible. Pour éviter de pénétrer dans l'orbite, Hajek emploie un petit trocart droit, sur lequel se meut un manchon, qu'on fixe avec une vis, de façon à ne laisser dépasser qu'un demi-centimètre de pointe ; grâce à cette modification, on peut sans danger ponctionner la bulle ethmoïdale.

III

PHARYNX

—

I. — ANGINES AIGUËS

La thérapeutique si compliquée, jadis dirigée contre l'esquinancie, s'est singulièrement réduite depuis que les recherches modernes nous ont appris à considérer les angines aiguës comme des déterminations infectieuses, justiciables de la médication antiseptique. La conséquence de ce progrès a été d'uniformiser le traitement des inflammations de la gorge, et de faire disparaître le particularisme, souvent curieux en son originalité, dont faisaient preuve, en cette matière, les doctrines des diverses écoles médicales. Actuellement, les médecins français n'ont rien à apprendre à Vienne sur la manière de soigner les angines aiguës. Aussi aurai-je le droit d'être bref sur ce sujet ; je me contenterai d'indiquer, sur quelques

points, la conduite des spécialistes viennois, me bornant à considérer ici les angines aiguës non spécifiques, sous leurs deux aspects habituels d'angine catarrhale et d'angine phlegmoneuse.

Outre les recommandations hygiéniques et diététiques nrdinaires, Schnitzler conseille volontiers à ses malades, quand ils viennent le consulter au début de leur angine, d'essayer de couper le mal, en provoquant une sudation énergique par un bain de vapeur, et en suçant toutes les deux heures une pastille contenant vingt centigrammes de résine de gaïac. Le plus souvent ce traitement abortif échoue. Alors, s'il s'agit d'une angine catarrhale légère, ordinairement limitée à l'amygdale, il ordonne de prendre des doses moyennes de quinine ou d'antipyrine, et de se gargariser avec des solutions tièdes alcalines légèrement antiseptiques. Il conseille aussi les gargarismes boriqués :

Acide borique	5 gr.
Glycérine neutre	15 gr.
Eau distillée	300 gr.

Il autorise également, en gargarismes, la solution de chlorate de potasse au centième ; Schrötter, au contraire, défend absolument l'emploi de ce sel, et ordonne généralement la solution de permanganate de potasse au millième. Les gargarismes astringents à base de tannin et d'alun sont nuisibles à la période aiguë ; ils doivent être réser-

vés pour la convalescence, afin de hâter la résolution, parfois traînante, de l'inflammation locale.

Souvent la dysphagie douloureuse est le symptôme prédominant qu'il faut surtout atténuer. La cocaïne rend ici fort peu de services ; son effet est de très courte durée, et elle laisse après elle une sensation de sécheresse buccale, souvent très pénible. On s'adresse avec plus de profit aux gargarismes chauds, additionnés : soit de teinture d'opium (Schrötter)

Décoction de guimauve	500 gr.
Teinture d'opium	10 gr.
Sirop diacode	50 gr.

soit de teinture de belladone (Schnitzler)

Décoction de guimauve	500 gr.
Teinture de belladone	5 gr.
Glycérine neutre	25 gr.

Schnitzler fait remarquer, avec raison, que souvent l'action même de se gargariser augmente encore la souffrance du malade, en nécessitant des contractions douloureuses des muscles du voile ; on obtient une sédation bien plus manifeste en projetant ces solutions dans la gorge, à l'aide d'un pulvérisateur à boule. Mais le plus sûr moyen de calmer les douleurs est l'emploi local du froid : application au-devant du cou de compresses d'eau glacée, ou mieux, pour ne pas troubler le repos du patient, de l'appareil réfrigérant de Leiter (plaque formée par l'enroulement d'un tube de caoutchouc

où circule constamment de l'eau à dix degrés) ; déglutition fréquente de petits morceaux de glace, ou mieux de glaces aux fruits ; gargarismes antiseptiques glacés.

C'est cette médication par le froid qu'il faudra également instituer d'emblée si l'on est appelé au début d'une angine phlegmoneuse : elle agit comme abortive. Mais si elle n'a point une action rapide, il ne faut pas insister ; ce sera, dès lors, en favorisant au contraire la formation du pus, qu'on abrègera le mieux les souffrances du malade : gargarismes très chauds, et, autour du cou, cataplasmes chauds ou compresses de Priessnitz. Mais on aurait grand tort d'attendre que l'abcès s'ouvre de lui-même ; cette pratique ancienne, à laquelle beaucoup de médecins sont encore demeurés fidèles, prolonge la maladie, et, ce qui est plus grave, favorise la production de fusées purulentes vers les divers espaces conjonctifs du cou, qui sont en rapport avec la cavité pharyngo-maxillaire, siège habituel des abcès périamydgaliens. Dès qu'on sent la fluctuation, il faut inciser, en suivant les règles nettement tracées par Chiari. Le lieu d'élection pour la ponction est sur le pilier antérieur, au milieu d'une ligne allant de la base de la luette à la dent de sagesse supérieure ; on se sert d'un bistouri effilé, dont la lame est entourée, jusqu'à deux centimètres de sa pointe, d'une bande de diachylon, ou plus simplement, suivant la

pratique de Schrötter, d'une feuille de papier à cigarette préalablement mouillée ; on ponctionne franchement, en se dirigeant directement en arrière, jusqu'à la profondeur de deux centimètres ; si l'on voit sourdre le pus, on agrandit l'ouverture par en bas, en retirant le bistouri. Il va sans dire que si l'on trouve en une autre place une saillie jaunâtre, fluctuante, c'est là qu'il faudra enfoncer l'instrument ; il n'y a danger de blesser la carotide interne que si l'abcès pointe au niveau du pilier postérieur. L'incision est indispensable dans tous les cas ; il y a péril à la différer : il n'y a pas inconvénient à la pratiquer de bonne heure avant même que l'abcès ne soit formé ; on fait ainsi une scarification qui soulage beaucoup le malade. Quand l'abcès est ouvert, les gargarismes antiseptiques forts à la créoline ou à l'acide phénique sont seuls autorisés.

II. — PHARYNGITE GRANULEUSE

Sur aucun point l'École viennoise n'affirme mieux la différence de vues qui la sépare de l'enseignement traditionnel des cliniciens français. Derrière toute granulation pharyngée nous sommes, par notre éducation, portés à rechercher la diathèse dont nous la tenons pour une manifestation objective,

et contre laquelle nous nous disposons à diriger en majeure partie nos efforts thérapeutiques. Or, partout à Vienne nous entendons recommander ceci : de ne pas s'attarder à vouloir modifier un vice de nutrition plus ou moins hypothétique et de combattre seulement et directement la lésion locale.

Voici le traitement banalement prescrit, à la clinique de Störk, à tout malade atteint de pharyngite granuleuse.

1° Chaque jour, pendant dix minutes, prendre une pulvérisation pharyngienne d'une solution très froide d'alun à cinq pour cent.

2° Faire suivre immédiatement cette pulvérisation d'un énergique badigeonnage de toute la gorge avec un gros pinceau de blaireau, trempé dans une solution concentrée de nitrate d'argent (le titre de celle-ci varie de quinze à cinquante pour cent, à cause des très grandes variations de la susceptibilité individuelle vis-à-vis de ce caustique; toutefois on tâchera d'arriver rapidement à la solution la plus concentrée qui puisse être supportée.)

3° Trois fois par jour, laver les fosses nasales avec la solution salicylée (voir p. 218).

4° Interdiction de fumer, d'user de liqueurs fortes ou de mets épicés, de faire abus de la voix.

Schrötter conseille volontiers les gargarismes astringents :

Eau	200 gr.
Sirop diacode	20 gr.
Alun	5 gr.

ou

Eau	200 gr.
Sirop diacode	20 gr.
Tannin	2 gr.

mais il est beaucoup plus sobre de cautérisations diffuses, n'autorisant que des solutions de nitrate d'argent à quatre ou cinq pour cent, et ne les employant que lorsque la pharyngite est générale, recommandation très importante, comme il le sera démontré plus loin.

Aux solutions de nitrate d'argent, même faibles, Schnitzler préfère les badigeonnages quotidiens à la glycérine iodo-iodurée au centième. Il n'est guère partisan de l'alun, qui, à son avis, ne fait qu'augmenter la sensation de sécheresse gutturale dont se plaignent la plupart des porteurs de pharyngite granuleuse invétérée.

Lorsque les granulations sont grosses, on les détruit en les touchant avec un caustique solide (nitrate d'argent, acide trichloracétique, ou mieux acide chromique, en ayant soin que le malade se gargarise immédiatement après avec une solution de bicarbonate de soude) ou plutôt en les brûlant avec le galvanocautère.

Bien que tous les maîtres viennois limitent volontairement au seul traitement local de la pharyngite granuleuse leurs efforts thérapeutiques, celui-ci est cependant assez indifféremment ap-

pliqué par la plupart d'entre eux ; il est, suivant une même formule banale, automatiquement prescrit à tous les granuleux ; et, à voir ceux-ci revenir chaque jour, pendant plusieurs mois, inhaler la buée d'alun soi-disant bienfaisante que leur dispense la clinique universitaire, on se prend à croire qu'il y aurait peut-être mieux à faire pour eux, fût-ce même à leur ordonner un peu de traitement général.

Aussi ne nous étonnerons-nous pas d'entendre Hajek formuler contre cette thérapeutique classique à Vienne, des critiques un peu sévères, mais en tous cas justifiées par de solides arguments anatomo-cliniques.

On distingue ordinairement trois formes de pharyngite chronique, forme simple, forme hypertrophique ou granuleuse, forme atrophique. Or, dit Hajek, c'est là de la nosologie de cabinet ; dans l'immense majorité des cas, une pharyngite chronique nous présente un assemblage irrégulier de parties hypertrophiées et de zones atrophiées. On ne peut concevoir qu'il en soit autrement, si l'on considère quelle est l'évolution d'une granulation pharyngée. Une inflammation aiguë se déclare primitivement, qui s'étend à toutes les parties du pharynx ; il y a infiltration diffuse de la muqueuse ; bientôt l'exsudat se résorbe en presque totalité, et il ne persiste qu'en quelques points rares où siège une accumulation normale de tissu adénoïde ; quelques granulations naissent ainsi.

Au bout de plusieurs mois, survient une nouvelle poussée aiguë, laissant à sa suite quelques autres granulations. Et, lentement, par actes successifs qui se déroulent en un grand nombre d'années, se constitue une pharyngite granuleuse. Mais l'élément éruptif, la granulation, n'a pas une existence indéfinie ; à la longue les cellules rondes qui l'infiltrent se différencient en éléments de tissu conjonctif adulte ; elle devient scléreuse, se rétracte progressivement, et au bout d'un ou deux ans elle disparaît, laissant à sa place une dépression cicatricielle, mince, blanchâtre, qui forme une plaque de pharyngite atrophique. De sorte que, quand on examine le fond de la gorge d'un malade depuis longtemps porteur de granulations, on voit, entremêlées comme en une sorte de mosaïque, des portions de muqueuse encore saines, des îlots hypertrophiques (granulations jeunes), des plaques atrophiques (granulations anciennes).

Il résulte de ces considérations que c'est une erreur grave que de faire une application médicamenteuse uniforme sur toute l'étendue d'un pharynx ainsi bigarré. En effet, la thérapeutique rationnelle des angines chroniques a à sa disposition deux moyens bien différents : contre les processus atrophiques, elle emploie les applications irritantes, ramenant dans les points malades hypérémie et vascularisation ; contre les altérations hypertrophiques, elle dirige les cautérisations destruc-

tives. Or, si l'on se trouve en présence d'une pharyngite uniformément atrophique, les badigeonnages avec des solutions d'iode, de nitrate d'argent sont indiqués. Mais si l'on emploie ceux-ci dans le cas de pharyngite granuleuse banale, à lésions mixtes, on accroît d'autant plus l'intensité de l'affection qu'on insiste davantage sur ce traitement ; les badigeonnages irritants enflamment les portions de muqueuse demeurées saines, et y déterminent une infiltration cellulaire aboutissant à la production de granulations nouvelles ; et d'autre part ils demeurent sans action sur les granulations déjà constituées, dont ils ne peuvent amener la disparition. Il n'existe donc qu'un seul traitement rationnel de la pharyngite granuleuse, c'est la destruction isolée de chaque granulation à l'aide des caustiques ou du galvano-cautère, en prenant soin de respecter les parties saines ou atrophiques qui les environnent : en un mot, il ne faut traiter que les parties malades ; c'est là, dit Hajek, une banalité qu'on s'étonne d'avoir à rappeler à tant de laryngologistes.

A certains médecins qui ont une tendance à promener le galvano-cautère dans la gorge de leur malade avec une ardeur mal tempérée, il faut donner à méditer les sages recommandations qu'on fait, sur ce point, à la clinique de Schnitzler.

Cautériser peu de granulations à la fois ; en détruire trop dans une même séance, c'est susciter

une violente réaction qui forcera le malade à garder le lit pendant plusieurs jours.

Mettre un intervalle d'au moins deux semaines entre chaque séance de cautérisation ; les accidents arrivent surtout quand on intervient à nouveau alors que les plaies antérieurement faites ne sont pas encore cicatrisées.

On devra redoubler de précautions quand on cautérisera les traînées de tissu adénoïde qui doublent en arrière les piliers postérieurs. On engagera le malade à faire un léger effort de vomissement qui découvrira toutes les parties à atteindre, et, s'il y a des réflexes intenses, on tirera en avant le voile avec un crochet, pour éviter de le brûler. On n'agira jamais, dans une même séance, sur les deux côtés à la fois, de peur de causer une réaction trop forte. On aura soin enfin de faire des cautérisations superficielles ; en agissant profondément, on déterminerait des adhérences gênantes entre le pilier postérieur et la paroi pharyngée.

III. — VÉGÉTATIONS ADENOÏDES

Il semble qu'un accord devrait enfin être établi entre les médecins au sujet du traitement d'une affection aussi commune, d'accès si facile, de guérison si constante. Il n'en est rien. Tout y

est sujet à d'interminables discussions ; faut-il opérer en une on plusieurs séances ? l'anesthésie générale est-elle nécessaire ? doit-on employer les pinces, les curettes ou les serre-nœuds ? la voie nasale est-elle ou non préférable à la voie buccale ? les pansements post-opératoires sont-ils utiles, et quels doivent-ils être ? Autant de questions auxquels les spécialistes viennois répondent différemment. Chacun d'eux prône énergiquement son procédé, à l'exclusion de tous les autres, qui ne donneraient qu'insuccès et accidents ; la lutte est surtout vive entre les auristes et les rhinologistes qui cherchent à s'annexer ce terrain où se confondent les frontières de leurs spécialités. Je me contenterai donc de mettre les diverses pièces de ce procès sous les yeux du lecteur, dans l'impossibilité où je me trouve de les résumer, tant elles sont contradictoires.

Politzer recommande l'emploi des pinces : il se sert généralement de celle de Châtellier. Il rejette le curettage fait avec les couteaux annulaires ou les curettes tranchantes, car c'est principalement dans ce cas que la complication d'otite moyenne suppurée est à craindre. L'opération doit être exécutée en une seule séance ; elle doit être conduite lentement ; on fait autant de prises qu'il est nécessaire pour nettoyer le cavum ; mais il faut souvent s'arrêter, pour permettre au malade de cracher tout le sang qni s'écoule dans sa gorge : les introductions de pince précipitées, coup sur coup, sont

mauvaises ; le malade n'a pas ainsi le temps de se débarrasser du sang qui l'étouffe ; il suffoque, est pris de quintes de toux, de nausées, et rend l'achèvement de l'opération presque impossible. Lorsqu'on a affaire à un enfant indocile, il est bon de l'endormir ; Politzer donne une faible dose de chloroforme, bien suffisante pour l'étourdir, mais n'abolissant pas les réflexes pharyngiens, de sorte que le malade peut rester assis pendant qu'il l'opère.

L'opération faite, il nettoie avec soin le cavum du sang qui l'emplit, en se servant de tampons de ouate stérilisée montés sur des pinces ; puis, comme pansement, il fait insuffler plusieurs fois par jour, par les narines, de l'acide borique pulvérisé.

Urbantschitsch adopte une ligne de conduite qu'il résume en deux mots: prendre garde que le remède ne soit pire que le mal ; c'est dire qu'il est partisan des méthodes lentes, des moyens doux. Avant tout, dit-il, il faut bien se pénétrer de deux vérités que l'observation journalière ne permet pas de contester : c'est que beaucoup de sujets, porteurs de végétations adénoïdes qui n'ont jamais été opérées, se développent malgré cela parfaitement bien, et ont une intelligence extrêmement brillante ; c'est que, par contre, beaucoup de patients, quoiqu'opérés radicalement, ne retirent qu'un faible bénéfice de l'intervention, parce que,

quoi qu'on dise, les végétations adénoïdes récidivent, quelque bien enlevées qu'elles soient ; et cette récidive n'est pas chose rare, car elle a lieu dans un cinquième des cas. Il en résulte qu'un spécialiste consciencieux doit s'interdire d'employer un procédé opératoire dangereux, avec la « mise en scène » imposante d'une intervention réglée sous le chloroforme, contre une affection qui, en réalité, ne menace pas la vie, avec laquelle il est possible de mener une bonne existence, et qui, malgré tout, peut se reproduire ; d'autant plus qu'avec moins de tapage il est possible de faire de la meilleure besogne. Urbantschitsch pose donc les deux règles suivantes : opérer sans anesthésie, opérer en plusieurs séances. Il faut opérer sans anesthésie, car endormir le malade c'est l'exposer à un danger que ne justifie pas la gravité de son mal. Il faut opérer en plusieurs séances, car, en voulant nettoyer le cavum en une seule fois, on risque de provoquer de violentes otites suppurées. On ne se départira de cette règle que si l'on se trouve en présence d'un enfant absolument indocile ; on pourra alors, d'un seul coup, enlever toutes les végétations sous le chloroforme.

Urbantschitsch s'oppose à l'emploi du couteau annulaire de Gottstein et autres curettes analogues ; une végétation ainsi détachée peut tomber dans le larynx et amener la mort par asphyxie ; il a assisté à un semblable accident. Les pinces, qui ramènent les morceaux enlevés, n'offrent

frent pas ce danger, mais elles ont l'inconvénient de pouvoir saisir la muqueuse saine, d'en arracher des lambeaux, et de rendre ainsi la plaie opératoire beaucoup plus douloureuse et plus lente à guérir ; aussi a-t-il imaginé une pince avec laquelle cette blessure accidentelle devient impossible.

En employant cette pince, en ne faisant qu'une ou deux prises à chaque séance, on réduit au minimum la gravité apparente et réelle de l'opération. Les enfants se laissent généralement bien faire ; à la première séance ils se révoltent parfois ; mais, aux séances suivantes, ayant reconnu que l'extraction des végétations, ainsi faite, est fort peu douloureuse, ils se prêtent facilement à ce qu'on leur demande.

Zaufal, de tempérament chirurgical plus accentué, procède d'une façon tout opposée. Il enseigne que l'opération doit être complète en une seule séance, et que l'instrument de choix est le couteau de Gottstein, au moins chez l'adulte ; car, chez l'enfant, le mieux est de gratter le cavum avec l'ongle minutieusement désinfecté. La plus grande préoccupation de l'opérateur doit être d'empêcher la suppuration de la caisse à la suite de l'intervention sur la voûte. Dans ce but, il faut, pendant les quatre semaines qui suivent, rigoureusement s'abstenir de faire des irrigations nasales désinfectantes, ou de donner des douches d'air ; on défendra même au malade d'éternuer ou de se moucher. Chez

l'adulte, on pourra faire l'antisepsie de la plaie, en insufflant de l'iodoforme par les narines; chez l'enfant, pas de lavage, pas de pansement, aussi bien avant qu'après l'opération : j'ai, du reste, développé, dans la première partie de cet ouvrage, les idées très personnelles que Zaufal professe au sujet de l'antisepsie des cavités naso-pharyngiennes.

Zaufal opère aussi parfois les végétations adénoïdes au moyen d'un serre-nœud introduit par le nez; c'est la méthode que nous verrons, plus loin, appliquée par Chiari, avec cette différence que l'index gauche, introduit en arrière du voile, guide l'anse de fil d'acier, et la place convenablement. Nous savons, d'ailleurs, que Zaufal est un partisan convaincu du toucher rhino-pharyngien.

Nous allons maintenant trouver une même divergence de vues dans le camp des rhinologistes ; tous sont cependant d'accord sur l'inutilité absolue des badigeonnages irritants ou des cautérisations.

Störk n'endort pas ses malades ; mais il les anesthésie avec la solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquième. Il emploie de préférence les pinces ; et il est juste de dire que presque tous les modèles actuellement en usage dérivent, par d'insignifiantes modifications de courbure, de la pince choanale qu'il a le premier imaginée. Il a également fait construire une sorte de serre-nœud-guillotine, qui a pour effet d'opérer par écrasement,

en produisant le moins d'hémorrhagie possible. C'est un serre-nœud à courbure appropriée, dont la tige se termine par un anneau rigide, portant sur sa circonférence interne une rainure où se loge une anse de fil de fer ; on applique cet anneau contre la voûte, et, en ramenant le fil à soi, on sectionne les végétations qui s'y sont engagées.

Schrötter est éclectique ; tantôt il se sert de la pince de Schech ; tantôt il opère avec le doigt armé d'un ongle métallique. Il n'autorise pas l'emploi des anesthésiques généraux.

A la clinique de Schnitzler, Hajek donne les règles suivantes. Il y a deux manières d'enlever les végétations adénoïdes :

a) à l'aveugle ;

b) sous le contrôle de la vue.

On n'opérera à l'aveugle que les enfants jeunes, chez qui la rhinoscopie postérieure est impraticable, et on n'enlèvera ainsi que les végétations qui occupent la partie moyenne du cavum.

On opèrera sous le contrôle de la rhinoscopie postérieure : 1° les adultes, dans tous les cas ; 2° les enfants porteurs de végétations latérales, situées au voisinage de la trompe. Car, en voulant enlever, sans voir ce que l'on fait, les tumeurs situées dans cette région, on risque de blesser les pavillons tubaires, et de provoquer ainsi des otites moyennes graves. Fidèle à ces principes, Hajek

nous donne un conseil, qui ne laisse pas que de nous étonner : lorsqu'un jeune enfant se présente à nous porteur de végétations adénoïdes abondantes, nous devons nettoyer à l'aveugle le milieu de son cavum, pour libérer ses choanes, et rétablir sa respiration nasale ; et nous attendrons, pour enlever les tumeurs implantées sur les parties latérales, que l'enfant ait grandi et soit en âge de supporter la rhinoscopie postérieure. Mais, opération partielle ne veut pas dire opération incomplète ; il ne faut pas enlever toutes les végétations, mais celles qu'on enlève doivent l'être en totalité : car, s'il reste des moignons, ceux-ci se mettent à suppurer et entretiennent un interminable catarrhe naso-pharyngien.

Le choix de l'instrument n'est pas laissé aux préférences individuelles. Pour l'opération à l'aveugle, les curettes ; pour l'opération avec miroir, les pinces. Le meilleur des instruments à employer dans le premier cas, c'est le couteau annulaire de Gottstein ; mais il faut, avec Hajek, rejeter l'ancien modèle, le couteau plat, dont la lame est située dans le plan des branches latérales, et qui, ne mordant pas dans les tissus, agit très incomplètement ; il faut adopter le nouveau modèle de couteau qu'a fait construire Gottstein, où la lame forme un angle obtus avec les branches qui la supportent. Pour opérer avec cet instrument, on doit un peu modifier le tour de main habituel ; lorsque le dos de la lame a été introduit jusqu'à venir buter

contre le septum, on appuie le couteau avec la plus grande force possible contre la voûte du cavum ; puis, au lieu de l'abaisser en masse, on fait décrire au manche, de bas en haut, un grand arc de cercle ; et, par ce mouvement, l'extrémité du couteau revient d'elle-même dans la bouche, après avoir râclé efficacement toute la paroi pharyngienne. La pince de Schütz, qui n'est en somme qu'un double couteau annulaire, à mouvement antéro-postérieur, est également recommandable dans le cas actuel ; on l'introduit fermée derrière le voile, aussi haut qu'on peut, jusqu'à la rencontre du septum ; on l'appuie fortement contre la voûte ; puis on l'ouvre toute grande, et, d'un seul coup, en la fermant, on enlève toutes les végétations médianes. De l'avis d'Hajek, c'est le procédé le plus rapide à mettre en usage chez l'enfant, et en même temps le plus sûr, car il a, sur le couteau de Gottstein, l'avantage de ramener toutes les végétations qu'il enlève. La curette latérale de Hartmann est détestable, nous dit ce maître ; son moindre inconvénient est qu'elle nécessite des mouvements de latéralité qui sont difficiles à régler, et qui, trop faibles, font une opération incomplète, trop violents, exposent à blesser les trompes ; de plus, cet instrument a le désavantage d'être trop fragile : deux fois il l'a vu se briser et laisser sa partie supérieure implantée dans les végétations.

Lorsqu'on opère sous le contrôle de la rhinoscopie postérieure, il faut se servir de pinces, et choi-

sir des modèles minces, qui masquent le moins possible les régions qu'on veut atteindre ; les pinces largement fenêtrées de Jurasz remplissent le mieux cette condition.

Schnitzler et ses élèves n'endorment pas les enfants pour les opérer. Il est vrai qu'à Vienne l'élément douleur est dans tous les cas quantité fort négligeable, aussi bien pour les médecins que pour les patients.

Chiari est beaucoup plus éclectique. Pour lui, tous les procédés sont bons, s'ils sont bien appliqués. Il ne formule qu'une seule interdiction, celle du chloroforme, déclarant que l'anesthésie ainsi obtenue entraîne beaucoup plus de dangers que l'opération elle-même. Mais il est une méthode opératoire qu'il tente de réhabiliter, et qu'il met en pratique avec une incomparable habileté : c'est l'extirpation des végétations par voie nasale avec le serre-nœud. L'opération est très simple en apparence, en réalité fort difficile à bien exécuter. Sur un serre-nœud ordinaire, du modèle qui sert pour l'extirpation des polypes muqueux du nez, on dresse une anse en fil d'acier assez rigide, aussi large que possible, et disposée dans le plan horizontal. Préalablement, on a reconnu par le toucher ou la rhinoscopie postérieure la situation exacte des végétations, car l'opération se fait à l'aveugle. Le nez étant ensuite fortement cocaïnisé, (Chiari emploie la solution au cinquième chez l'adulte, la

solution au vingtième chez l'enfant) on introduit le serre-nœud dans une fosse nasale le long du cornet inférieur, jusqu'à ce que l'anse, tenue verticalement de champ, arrive à la rencontre de la paroi pharyngienne postérieure. A ce moment, on fait décrire au manche de l'instrument un quart de cercle, qui ramène l'anse métallique dans le plan horizontal ; puis on lui imprime des mouvements de va et vient antéro-postérieurs, jusqu'à ce qu'on revienne buter contre le bord postérieur de la cloison. En cet instant, on abaisse fortement le manche du serre-nœud, ce qui amène l'anse métallique en contact avec la voûte du cavum ; dans ce dernier mouvement, s'il est bien exécuté, une végétation doit s'engager dans la boucle, qui remonte l'enserrer à sa racine. En tirant alors sur le serre-nœud, on sent une résistance qui indique qu'on a fait une prise ; il suffit de serrer l'anse, pour ramener la végétation, comme on le fait d'un polype. Si au contraire on sent l'anse libre dans le cavum, c'est qu'on n'a rien saisi ; il faut alors, en tâtonnements successifs, plusieurs fois relever puis abaisser le manche de l'instrument jusqu'à ce qu'on ait eu la bonne chance d'attraper quelque tumeur. On tâche de faire ainsi cinq ou six prises de suite.

Ce traitement est peu douloureux, et détermine une hémorrhagie insignifiante. Il exige plusieurs séances. Chiari prétend que par ce procédé on débarrasse le cavum bien plus radicalement qu'avec

le couteau de Gottstein. Cela est possible ; mais telle qu'il l'exécute, cette opération est un véritable tour d'adresse qui n'est pas à la portée de toutes les mains ; c'est pourquoi elle ne réussit point à se répandre, malgré tous ses efforts pour la vulgariser.

IV. — ADHÉRENCES VÉLO-PALATINES

L'adhérence totale du voile du palais à la paroi pharyngienne postérieure est une infirmité à la fois gênante par les troubles de l'articulation qu'elle occasionne, et dangereuse parce qu'elle supprime la respiration nasale. On est donc, dans tous les cas, autorisé à intervenir chirurgicalement pour en débarrasser le malade ; de nombreux procedés opératoires ont été imaginés dans ce but, mais le plus souvent ils donnent des résultats médiocres, la difficulté consistant non pas à rétablir la perméabilité du canal naso-pharyngien, mais à la maintenir. Du reste, la plupart de ces procédés sont d'une exécution très difficile, qui les rend impraticables à beaucoup de médecins. Aussi y a-t-il avantage à employer, en pareille circonstance, le procédé fort simple, plusieurs fois mis en pratique par Hajek, et donnant une amélioration durable.

Avant toutes choses, il faut se rappeler que l'expérience a montré que les résultats obtenus, au point de vue de l'amélioration de la phonation, sont d'autant meilleurs qu'on a conservé une plus grande étendue de voile du palais ; aussi, en sectionnant les adhérences, doit-on empiéter le plus possible sur la paroi pharyngienne. Après avoir énergiquement cocaïnisé les fosses nasales et le pharynx, on introduit par le nez une sonde courbe qu'on pousse jusque dans le cavum, de manière à faire saillir fortement le diaphragme membraneux du côté de la bouche ; avec un bistouri, on fait une petite incision en ce point, et on l'élargit en exerçant sur sa lèvre antérieure une forte traction à l'aide d'un relève-luette. Mieux vaut s'en tenir là dans une première séance, et maintenir l'ouverture béante en y introduisant un tampon de gaze iodoformée. Au bout de quelques jours, on agrandit cette ouverture en incisant les angles latéraux, tandis qu'un relève-luette tire fortement en avant le voile pour faciliter cette libération. Généralement il suffit de trois ou quatre séances pour rendre au voile toute son indépendance. Tant que les bords de l'incision ne sont pas cicatrisés, on s'oppose à leur réunion en leur interposant une plaque de caoutchouc, que deux fils, venant se nouer au-dessous de la sous-cloison, maintiennent en place, et à laquelle on donne une forme trapézoïde à grande base inférieure, pour empêcher qu'elle ne remonte. Plus tard, même après toute

guérison, pour s'opposer à la rétraction consécutive et maintenir béant l'orifice ainsi fermé, on devra de temps en temps le dilater en exerçant sur le voile de fortes tractions d'arrière en avant, avec un crochet relève-luette.

V. — PARESTHÉSIES DU PHARYNX

Il n'est pas très rare d'observer chez les sujets nerveux, principalement chez les jeunes femmes hystériques, une forme de névrose pharyngée, non douloureuse, consistant dans la difficulté extrême d'avaler les aliments solides et principalement les liquides. Il n'y a dans la gorge aucune lésion, aucun trouble de motilité apparent. D'après Störk et Chiari, on n'obtient en pareil cas que de très mauvais résultats de l'emploi de l'électricité. Pour arriver à une guérison rapide, il faut émousser la sensibilité du pharynx par une intervention brutale, soit en badigeonnant vigoureusement le nez et la gorge avec un gros pinceau imbibé d'une solution quelconque, soit mieux encore en cathétérisant la partie supérieure de l'œsophage avec une très grosse bougie, sans cocaïnisation préalable.

IV

LARYNX

—

I. — LARYNGITE AIGUË

Le traitement de la laryngite aiguë n'a fait aucun progrès depuis l'invention du laryngoscope : nous ne sommes pas plus avancés sur ce point qu'au temps de Türck. Tel est l'aveu de Schrötter. Ce maître a essayé de couper la maladie, prise à son début, en badigeonnant le larynx avec une solution concentrée de nitrate d'argent ; cela cause beaucoup de douleur au malade sans lui procurer aucun avantage. Aussi a-t-il renoncé à tous les moyens énergiques. Schnitzler enseigne également qu'il faut, dans les cas légers, s'abstenir de tout traitement local, et se contenter de prescrire des précautions et des soins hygiéniques : séjourner à la chambre dans une atmosphère tiède et humide ;

ne pas s'exposer à respirer un air chargé de poussière et de fumée; et parler le moins possible. Cette dernière recommandation doit être strictement suivie par les professionnels de la voix, qui, en continuant à faire travailler leur larynx, favoriseraient le passage de la maladie à l'état chronique. Un peu de révulsion au devant du cou est avantageuse ; on se trouve bien d'appliquer des compresses de Priessnitz.

Cependant l'intensité de quelques symptômes, une toux fatigante, une sécheresse pénible de la gorge, invitent souvent le médecin à intervenir plus activement.

Pour calmer la toux, on peut se contenter d'une médication interne. L'opium est indiqué. Schnitzler formule ainsi :

Eau de laurier cerise	10 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10 centigr.

prendre dix gouttes du mélange trois fois par jour. Schrötter ordonne :

Sucre pulvérisé	10 gr.
Chlorhydrate de morphine . . . -	0 gr. 10 centigr.

pour vingt paquets ; en prendre de deux à quatre par jour.

Mais on obtiendra de meilleurs effets en agissant directement sur l'organe malade. Quels que soient les médicaments qu'on veuille porter dans le larynx, on ne transgressera pas la défense stricte que fait Schrötter : au cours de la laryngite aiguë

les badigeonnages sont formellement interdits ; les inhalations et les pulvérisations seules sont autorisées.

Les *inhalations* sont le procédé le plus doux et le plus simple à mettre d'abord en usage ; dans beaucoup de cas, on en retire d'excellents effets. La manière habituelle de les prendre consiste à verser de l'eau bouillante dans un vase au-dessus duquel on place la tête ; et on recouvre le tout d'une serviette. Cette méthode est mauvaise ; elle congestionne péniblement le visage ; Schrötter la déconseille, et préfère l'emploi des appareils inhalateurs anglais en porcelaine, auxquels il ne trouve que le défaut de coûter fort cher. Chiari leur reconnaît cependant un autre inconvénient, qui les lui fait rejeter : dans presque tous ces appareils, les vapeurs sont amenées à la bouche du malade par un tuyau de caoutchouc qui leur communique une odeur telle que beaucoup de patients ne peuvent supporter cette inhalation. Pour lui, le vase d'eau bouillante est bien suffisant, si on le coiffe d'un cornet de papier qui conduit directement la vapeur dans la bouche ; mais il faut prendre soin de donner à ce cornet au moins un mètre de hauteur, pour éviter que le malade ne respire des vapeurs trop chaudes, qui auraient une action très irritante sur les muqueuses.

Il ne faut pas inhaler de la vapeur d'eau pure ; elle procure une sensation désagréable ; mieux

vaut employer une infusion de plantes aromatiques : fleurs de tilleul ou de sureau. Chiari recommande d'augmenter l'efficacité des inhalations, en ajoutant au liquide des substances volatiles. Un mélange ainsi composé :

Alcool à 90.	10 gr.
Eau de laurier cerise . . .	100 gr.

dont on verse une cuillerée à café dans un litre d'eau chaude, produit sur la muqueuse laryngienne un effet à la fois sédatif et astringent, qui procure généralement un certain bien-être aux malades. Chez les tuberculeux atteints de laryngite aiguë, ce médecin remplace le mélange précédent par la solution suivante employée aux mêmes doses.

Alcool à 90.	100 gr.
Baume du Pérou.	10 gr.

Dans les formes où la sécheresse de la muqueuse est le phénomène dominant, Schnitzler ajoute à l'infusion de sureau quelques gouttes d'essence de térébenthine.

Les substances volatiles peuvent seules être ordonnées en inhalations ; pour porter sur la muqueuse laryngée les sels et autres corps fixes, il faut s'adresser aux pulvérisations.

Les *pulvérisations* sont un puissant moyen de traitement, imaginé par Sales-Girons ; mais son appareil, dans lequel un filet d'eau, violemment chassé par une pompe à air, vient se pulvériser en

se brisant contre un obstacle fait d'une plaque de métal, doit être réservé aux établissements thermaux ; on ne peut le confier aux malades, dit Schrötter, parce qu'il est trop peu portatif, parce qu'il se détériore facilement, et parce qu'il ne fonctionne qu'avec une grande quantité de liquide, ce qui est un inconvénient quand on emploie des substances actives, telles que la morphine, la cocaïne. Depuis, deux autres principes de pulvérisation ont été donnés par Siegle et par Richardson, d'après lesquels on a construit un grand nombre d'appareils, qu'on peut mettre entre toutes les mains. Les diverses formes de ces instruments nous importent peu ; nous devons seulement les diviser en deux catégories, suivant que la pulvérisation est effectuée par la vapeur ou par l'air comprimé.

Les pulvérisateurs à vapeur, généralement fabriqués d'après le principe de Siegle, ont l'avantage de fonctionner seuls, et de fournir la pulvérisation à diverses températures, selon qu'on s'approche plus ou moins du bec de l'appareil. Cependant Schrötter et Chiari les condamnent ; ce sont exclusivement des appareils de clinique, qui ne peuvent être sans danger confiés à des malades ; tous les ans, paraît-il, il arrive à Vienne que deux ou trois pulvérisateurs de ce genre éclatent, occasionnant des accidents graves [1].

---

[1] De tels accidents, presque inconnus en France, doivent, en effet, se produire souvent avec les pulvérisateurs allemands,

Il vaut donc mieux mettre entre les mains du malade un pulvérisateur actionné par une soufflerie à boule. Mais la plupart des pulvérisateurs à air comprimé sont établis sur le modèle de Richardson, qui facilement s'encrasse et cesse de fonctionner. Schrötter recommande de préférence un petit pulvérisateur tout en verre, qu'il a fait faire à un prix si modique que tous les malades peuvent se le procurer : c'est un appareil de Siegle, très simplifié, où l'action de la vapeur est remplacée par celle d'une double poire à air. En tous cas, lorsqu'on emploie un pulvérisateur à air, il ne faut pas oublier que les solutions médicamenteuses doivent être faites à un degré de concentration moitié moindre que lorsqu'on se sert d'appareils où la vapeur dilue l'agent thérapeutique.

Pour être bien faite, une pulvérisation laryngienne exige du malade un peu d'adresse et beaucoup d'habitude ; le plus souvent, on n'en obtient aucun avantage, parce que le dos de la langue, s'accolant énergiquement au voile du palais, permet tout au plus au liquide d'arroser l'avant-bouche. Le malade doit : 1° ouvrir largement sa bou-

---

qui ne préseutent aucune garantie de solidité, étant donné le prix minime auquels ils sont livrés ; dans se catalogue d'un des premiers fabricants d'Allemagne, se trouve mentionné un modèle de pulvérisateur à vapeur qui, complet, est vendu deux francs !

che ; 2° maintenir sa langue abaissée avec une spatule ; 3° inspirer profondément ; il ne commencera la pulvérisation que quand il saura bien exécuter cette gymnastique préparatoire. Du reste, assure Schrötter, il est facile de savoir si le patient a bien exécuté le traitement prescrit ; s'il vient vous trouver, très satisfait, déclarant qu'il supporte à merveille les pulvérisations, soyez persuadé qu'il n'entre pas une goutte de liquide dans son larynx ; s'il vient, au contraire, se plaindre qu'à chaque séance il est pris de nausées, de quintes de toux, c'est que chez lui les liquides pulvérisés atteignent leur but. Très rapidement, du reste, s'établit l'accoutumance, à condition de ne faire que des séances de cinq minutes, répétées au plus trois fois par jour et pratiquées à jeun (Chiari). En somme, les pulvérisations sont un excellent moyen d'autotraitement, préférable encore dans la laryngite chronique où le malade a tout le temps d'apprendre à « rectifier son tir. » (Schrötter)

Cependant, dans la laryngite aiguë, elles donnent de bons résultats ; c'est du reste le seul moyen, autorisé en pareil cas, de porter des substances actives sur la muqueuse du larynx. Le plus souvent, on pulvérise des médicaments calmants pour atténuer les quintes de toux et les cuissons qui tourmentent les malades. Schötter ordonne le mélange suivant :

Eau de laurier cerise.	40 gr.
Teinture d'opium.	5 gr.

pulvériser trois fois par jour vingt gouttes délayées dans une petite quantité d'eau tiède ; et augmenter rapidement la dose, pour arriver au bout de quelques jours à cinquante gouttes par pulvérisation.

Chiari se loue de l'association de la morphine à la cocaïne ; la solution

Chlorhydrate de morphine . . .	0 gr. 02 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10 centigr.
Eau	100 gr.

a un effet sédatif réel, sans être toxique.

Schnitzler formule une solution plus complexe :

Chlorhydrate de cocaïne. . .	0 gr. 25 centigr.
Chlorate de potasse	5 gr.
Eau de laurier cerise	5 gr.
Essence de menthe.	III gouttes.
Eau	250 gr.

Souvent même, il obtient une notable sédation des symptômes les plus pénibles en pulvérisant simplement des solutions alcalines faibles, de préférence des eaux minérales naturelles.

De l'avis de presque tous les laryngologistes Viennois, on doit s'abstenir de pulvérisations astringentes, même, très diluées, à la période d'état des laryngites aiguës ; elles sont pénibles à supporter, et n'amènent aucun soulagement.

Certains spécialistes n'accordent qu'une confiance fort restreinte au traitement par les pulvérisations, pensant que celles-ci ne pénétrent pas dans le larynx. C'est une erreur dont Schnitzler fait jus-

tice ; à un malade de son cours, fort aisé à examiner, il fait prendre successivement une pulvérisation de tannin, puis une pulvérisation de perchlorure de fer. L'on voit alors de grandes taches noires dans le pharynx, des stries colorés dans le larynx, un pointillé fin sur la muqueuse trachéale, ne dépassant pas les premiers anneaux, et rien au niveau de la bifurcation des bronches.

Après la disparition des phénomènes aigus, si la résolution de la laryngite se fait mal, il y aura alors avantage à prescrire des pulvérisations astringentes très faibles, qui hâteront la guérison.

Alun ou Tannin.	0 gr. 50 centigr.
Eau.	100 gr.

Beaucoup de médecins conseillent quelques séances d'électrisation faradique, si la voix reste faible et enrouée. Schnitzler rejette ce traitement ; la légère parésie des cordes vocales tient, dit-il, à la compression des muscles et des nerfs par l'infiltration des tissus ; l'électrisation ne réussit pas à les dégager ; par contre, elle est une vive cause d'irritation, qui peut réveiller la laryngite.

II. — LARYNGITE CHRONIQUE

Une laryngite chronique, dit Schrötter, ce n'est, pour le laryngologiste débutant, qu'un peu de ca-

tarrhe ; c'est, pour celui à qui les années ont apporté l'expérience, une affection d'une ténacité désespérante, dont la guérison est souvent au-dessus des ressources de l'art. Et ce maître ajoute qu'autant pour sauvegarder sa responsabilité que pour éviter au malade les découragements précoces, un médecin ne doit jamais entreprendre le traitement d'une laryngite chronique sans prévenir nettement son client qu'il n'est pas certain qu'il puisse guérir ; que s'il guérit, il demeurera très exposé à des récidives ; et que pour obtenir cette guérison problématique, il devra s'armer de patience, car il aura à supporter une longue série de pansements, et surtout faire preuve d'une grande force de volonté, renoncer momentanément à sa profession, s'il est chanteur, orateur, ou professeur, et, dans tous les cas, restreindre l'usage de la parole à haute voix aux besoins les plus indispensables de l'existence. Ces conditions posées et acceptées, on commencera le traitement local du larynx, qui, à lui seul, résume presque toute la thérapeutique des maîtres viennois.

Pour porter les médicaments sur la muqueuse vocale, nous disposons des moyens que nous avons déjà étudiés, les inhalations, les pulvérisations, celles-ci, ainsi qu'il a été dit, étant plus utiles dans la laryngite chronique que dans la laryngite aiguë ; nous pouvons encore nous adresser à deux autres procédés, qui étaient contre-indiqués dans la forme aiguë : les insufflations et les badigeonnages.

Les *insufflations* de poudres sont un des plus anciens moyens thérapeutiques mis en œuvre contre les maladies du larynx : Trousseau et Belloc les recommandaient. Presque à la même époque, Skoda les mettait en honneur à Vienne ; ses malades s'insufflaient eux-mêmes ; il serraient entre les lèvres un tuyau de plume d'oie, plein de poudre médicamenteuse, et aspiraient fortement, le nez pincé ; une violente quinte de toux annonçait la pénétration de la poudre dans le larynx. Ce procédé est très insuffisant, car la plus grande partie de la poudre se répand dans le pharynx, sur la langue et autres régions avoisinantes ; il ne faut cependant pas se hâter de le condamner ; Schrötter a vu beaucoup de malades atteints de laryngite chronique se traiter ainsi, et se guérir eux-mêmes ; c'est, dans quelques cas, un moyen à conseiller à ceux qui ne peuvent se soumettre à un pansement quotidien fait par le médecin.

Depuis cette époque, de nombreux instruments ont été imaginés pour insuffler des poudres dans le larynx sous le contrôle du miroir, et localiser strictement l'action médicamenteuse au point malade ; un des plus anciens et des plus simples est un tube à courbure appropriée, où l'air est amené par un tuyau de caoutchouc, aboutissant à la bouche du médecin. Schrötter condamne cet instrument pour deux raisons. Il n'est pas très propre que le médecin souffle ainsi son haleine dans la gorge de son malade ; et si ce malade est une jeune femme,

les convenances s'y opposent. De plus, et ceci est un inconvénient beaucoup plus sérieux, le malade peut être pris d'une quinte de toux au moment de l'introduction du tube, et projeter directement dans la bouche du médecin toute la poudre à lui destinée, accompagnée de mucosités laryngiennes, ce qui n'a rien que de fort ennuyeux, étant donné que notre clientèle se compose en majeure partie de tuberculeux et de syphilitiques.

C'est pour éviter cet inconvénient que Rauchfuss a imaginé d'adapter à l'insufflateur une poire de caoutchouc, faisant ainsi un instrument commode qui se trouve entre toutes les mains ; et cependant, ajoute encore Schrötter, ce petit appareil a un grand défaut, c'est qu'au moment où le pouce presse sur le ballon de caoutchouc, il fait basculer de bas en haut l'extrémité qui est dans le larynx ; et la poudre se répand en dehors de la zone où on voulait l'envoyer. Avec le modèle de Lefferts, cet inconvénient disparaît.

Depuis longtemps Schrötter a renoncé à ces instruments pour adopter de simples tubes de verre, à courbure variée, à extrémité perforée en divers sens, de manière à projeter la poudre en différents points de la cavité laryngienne. Ces tubes sont d'un nettoyage facile ; il est aisé d'en modifier extemporanément la courbure à l'aide d'une lampe à gaz ; ils sont enfin d'un prix très modique, ce qui permet à chaque malade d'avoir le sien. L'air y est amené par un tuyau de caout-

chouc, communiquant avec une soufflerie, mise en action avec le pied ; de cette manière la main n'a aucun mouvement à exécuter qui puisse la faire dévier.

Il arrive ordinairement qu'au moment où la poudre médicamenteuse pénètre dans le larynx, une toux réflexe en chasse la plus grande partie. Avec quelques précautions, il est possible de prévenir ce contre-temps. Schnitzler commande au patient de faire une dizaine de grandes inspirations préalables, à la suite desquelles il reste une demi-minute sans éprouver le besoin de respirer; on utilisera cet intervalle pour faire l'insufflation. Celle-ci doit être toujours pratiquée pendant que le larynx est en position vocale ; ainsi la poudre s'étale bien sur toute la surface des cordes, dont l'accolement empêche toute pénétration audelà vers la trachée et les bronches. On atténuera encore l'intensité du réflexe expulsif en n'employant que des poudres impalpables (Schrötter), et en les additionnant d'un centième de chlorhydrate de morphine (Störk). Dans tous les cas, il suffit que le patient résiste pendant de courts instants à l'envie de tousser qui le prend à ce moment ; très rapidement le larynx, sollicité par le contact du médicament, sécrète d'abondantes mucosités, qui dissolvent la poudre, l'étalent, et la retiennent.

Une grande partie des insuccès mis au passif de la médication par insufflations intra-laryn-

giennes, est imputable à la manière défectueuse dont l'appliquent beaucoup de médecins; ceux-ci se contentent d'insuffler une seule fois, et ne s'inquiètent pas de vérifier où a été projetée la poudre médicamenteuse. Ce n'est pas ainsi qu'il faut procéder (Schnitzler). A chaque pansement l'insufflation doit être répétée cinq ou six fois de suite, en dirigeant le topique vers divers points du larynx; chaque fois, l'instrument est chargé avec au moins cinquante centigrammes de poudre; et l'on ne congédie le patient qu'après s'être assuré, par un examen laryngoscopique, que toutes les parties malades en sont recouvertes.

Les *badigeonnages* sont la pierre angulaire du traitement des laryngites chroniques; c'est un puissant moyen d'action, qui, cependant, expose à des accidents qu'il importe de ne pas méconnaître. Ils ont pour but de porter directement des médicaments liquides sur la muqueuse du larynx. On pourrait, suivant l'exemple des premiers laryngologistes, employer à cet effet une seringue laryngienne; mais, d'après Schrötter, c'est là un instrument infidèle, qui ne peut localiser le médicament à la seule région atteinte; de plus, une solution irritante, tombant goutte à goutte sur la glotte, provoque de terribles spasmes réflexes; enfin, il ne suffit pas du simple contact d'un liquide avec la muqueuse laryngienne pour l'y faire pénétrer : il faut exercer sur celle-ci une

friction assez énergique ; de là le succès des badigeonnages.

Ceux-ci étaient déjà employés par Türck qui se servait, à cet effet, d'une éponge montée au bout d'une baleine ; mais Schrötter n'admet pas le porte-éponge, dont le contact est trop rude, et incite le larynx aux actes réflexes. Le porte-coton est différemment jugé. Chiari le condamne sans appel ; on sait la force avec laquelle un spasme glottique retient parfois les instruments engagés entre les cordes vocales ; il est prudent de craindre que cette énergique contraction ne détache le tampon d'ouate de la tige qui le porte ; celui-ci, tombant dans une bronche, peut déterminer une broncho-pneumonie chronique à évolution souvent fatale, ou encore une suffocation réflexe, amenant la mort en peu d'instants. Schrötter ne le tolère pas davantage. Au contraire, le porte-coton laryngien est d'un usage courant dans les cliniques de Störk et de Schnitzler.

Pour Schrötter et pour son élève Chiari (qui du reste est en communauté d'idées complète avec son maître en ce qui touche la laryngologie) les badigeonnages du larynx doivent se faire exclusivement à l'aide de pinceaux. De ceux-ci il existe plusieurs modèles, qui ne sont pas tous également bons. Le pinceau de Störk est un peu gros ; il est monté sur un fil de fer trop flexible. Celui de Türck, modifié par Schrötter, est préférable : la tige qui le supporte est assez rigide pour ne pas

se laisser déformer par les contractions du larynx, et en même temps assez souple pour qu'on puisse modifier sa courbure suivant les cas. Le pinceau est solidement vissé sur elle; il a une monture en caoutchouc durci, dont le contact, très doux, ne blesse pas la muqueuse vocale. Les poils doivent être retenus par une broche en cuivre, qui traverse cette monture; certains fabricants se contentent de les agglutiner avec de la colle; à la longue, celle-ci fond ou s'écaille, et, un beau jour, les poils, arrachés par une contraction glottique, quittent leur support et tombent dans les bronches; de tels pinceaux doivent donc être soigneusement rejetés. On objectera que les pinceaux peuvent être une cause d'inoculation accidentelle; à cela Schrötter répond que dans sa longue carrière il n'a jamais vu un seul cas où des pinceaux pussent être incriminés d'avoir communiqué la syphilis ou la tuberculose; qu'il est aisé de les désinfecter en les laissant séjourner quelque temps dans la liqueur de Van Swieten ou dans une solution phéniquée forte; et que, du reste, le mieux est encore que chaque malade ait son pinceau spécial, ne servant qu'à lui.

On a encore reproché aux badigeonnages d'être dangereux; plusieurs médecins ont vu des malades mourir d'un spasme glottique réflexe à la suite d'un pansement; d'autres ne les ont sauvés que par une trachéotomie précipitée. Schrötter affirme n'avoir jamais assisté à de pareils accidents; il

n'a observé que des spasmes légers, qui cèdent aisément à quelques tapotements faits entre les épaules, ou à l'ingestion d'un verre d'eau fraîche. On fera cependant bien de ne pas partager complètement cet optimisme, et de suivre les sages recommandations de Chiari, pour qui les badigeonnages du larynx sont contre-indiqués chez les vieillards, les obèses, les cardiaques, les phtisiques avancés : c'est presque toujours chez ces sujets que le spasme glottique a été mortel. On devra donc, dans la première séance, tâter la susceptibilité individuelle, en introduisant le pinceau avec une extrême douceur; quand l'accoutumance se sera établie, on fera au contraire des badigeonnages très énergiques, condition essentielle pour que les applications topiques aient un effet réel. Le pinceau doit être introduit très rapidement, comme par surprise, avant que les cordes vocales supérieures n'aient eu le temps de se contracter pour l'essuyer au passage; il est inutile qu'il pénètre entre les lèvres de la glotte, sauf quand il y a sur le bord libre des cordes vocales des lésions à modifier; dans les cas ordinaires, il suffit de badigeonner la face supérieure des cordes; il va sans dire que le larynx doit être pendant ce temps en position vocale.

Nous connaissons maintenant la technique des différents modes de pansements intra-laryngés; il nous reste à étudier les indications de chacun d'eux.

Schnitzler établit une dichotomie très simple : dans les formes légères, inhalations et insufflations ; dans les formes graves, badigeonnages et cautérisations.

Les inhalations de vapeur d'eau additionnée d'essence de térébenthine ou d'essence d'eucalyptus (dix gouttes dans un demi-litre d'eau chaude, trois inhalations par jour de cinq à dix minutes de durée) conviennent surtout aux formes légères avec hypersécrétion, quand des pelotons de mucopus s'accumulent sur les cordes, s'étirant en fils à l'ouverture de la glotte ; elles sont bonnes chez les chanteurs que tourmentent les « chats », meilleures encore dans les laryngites sèches avec formation de croûtes ; elles ont le double avantage de diminuer les sécrétions et d'en favoriser l'expectoration (Schrötter, Schnitzler). On doit au contraire les déconseiller aux malades irritables, dont le larynx sécrète peu, qui se plaignent de chatouillements dans la gorge et ont une incessante « toux d'irritation ». A ces malades conviennent les narcotiques, les opiacés.

Les pulvérisations astringentes, faites comme il a été dit au sujet du traitement de la laryngite aiguë, sont un procédé de traitement très doux et très efficace. Dans les différentes cliniques viennoises, dans celles de Störck et de Schnitzler en particulier, des pulvérisateurs fonctionnent en permanence ; chez tous les malades enroués, la pulvérisation constitue la base du traitement, ou

simplement son complément, s'il est nécessaire que celui-ci soit plus efficace. Et pour ceux qui ne peuvent se soigner que chez eux, c'est ce qu'il y a de mieux à leur conseiller. Généralement l'alun et le tannin sont les seuls remèdes employés en pareil cas. Chiari les formule à dose faible :

Alun	0 gr. 50 centigr.
Eau. . . . . , .	100 gr.

Schrötter les donne à un degré de concentration plus fort, à condition d'y adjoindre l'eau de laurier cerise, qui les fait mieux supporter par le larynx :

Alun ou Tannin.	0 gr. 50 centigr. à 1 gr.
Eau de laurier-cerise. . . .	5 gr.
Eau.	50 gr.

Le perchlorure de fer et le sulfate de zinc, qui sont également d'excellents astringents, sont inusités, à cause de la pénible sensation d'âcreté qu'ils laissent dans la bouche. Le nitrate d'argent ne doit jamais être employé en pulvérisation : utilisé sous cette forme, il couvre le visage de taches noires.

Les insufflations sont moins généralement employées. Störk en fait la base de presque toute sa thérapeutique des laryngites chroniques ; Schnitzler en est partisan ; Schrötter les apprécie moins. Ce sont ici encore les substances astringentes qui en font presque tous les frais.

Schnitzler ordonne indifféremment l'alun, le tannin, ou l'acétate de plomb, auxquels il ajoute

un calmant et un correctif, pour en masquer le goût :

Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 25 centigr.
Alun.	5 gr.
Sucre de lait.	20 gr.

à réduire en poudre très fine, dont on insufflera environ un gramme à la fois.

Schrötter ajoute à ce mélange de la poudre de gomme arabique, qui favorise l'adhérence du médicament à la muqueuse.

La formule couramment usitée à la clinique de Chiari est celle-ci :

Alun cru. . . . } Sucre de lait. . . }	ââ 30 gr.
Poudre d'opium brut. . .	1 gr. 50 centigr.

Störk a quatre formules préférées :

1° Alun.	10 gr.
Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 10 centigr.

à employer quand une poussée subaiguë survient au cours d'une laryngite chronique. (Dans certains cas, ce laryngologiste préfère injecter dans le larynx, à l'aide d'une seringue appropriée, quelques gouttes d'une solution d'alun à cinq pour cent).

2° Tannin.	10 gr.
Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 10 centigr.

à employer dans les laryngites légères où l'hypersécrétion est le phénomène dominant.

3° Iodol.	10 gr.
Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 10 centigr.

à employer dans les laryngites chroniques des tuberculeux, accompagnées ou non d'ulcérations.

4° Sous-nitrate de bismuth. . . . 10 gr.
Chlorhydrate de morphine. . . 0 gr. 10 centigr.

à employer dans les laryngites légères, chez les sujets nerveux qui exagèrent leurs souffrances laryngiennes.

En résumé, c'est l'insufflation de poudre d'alun qui est le plus généralement employée. Son efficacité est cependant diversement appréciée. Schnitzler nous enseigne que c'est une médication de grande utilité pour enrayer les laryngites aiguës qui tendent à la chronicité, mais impuissante à améliorer les laryngites chroniques déjà anciennes. Dans ce dernier cas, Schrötter ne les conseille pas non plus ; il leur reproche de causer au malade une impression très désagréable, quc ne compense pas leur faible efficacité. On peut cependant en user passagèrement pour diminuer l'intolérance du larynx, et le préparer à subir les badigeonnages; dans les cas ordinaires, Schrötter et Chiari attaquent ainsi les laryngites chroniques : 1° pendant une semaine, pulvérisations astringentes alunées ; 2° puis, pendant quelques jours, insufflations quotidiennes de poudre d'alun ; 3° et, après cette préparation, on commence le traitement réel qui consiste essentiellement en badigeonnages.

Les badigeonnages sont toujours fort pénibles à supporter pour le larynx ; on ne doit donc,

d'après Schrötter et Chiari, les employer que pour appliquer sur la glotte des solutions vraiment actives ; c'est dire que les solutions astringentes d'alun, de tannin, de chlorure de zinc, devront être exclusivement administrées en pulvérisations ; seules les solutions caustiques de nitrate d'argent, d'iode, doivent être appliquées au pinceau. Quant aux badigeonnages calmants, morphinés ou cocaïnés, destinés à atténuer la dysphagie, ce sont des contre-sens graves.

De l'avis de presque tous les laryngologistes, c'est avec les solutions progressivement concentrées de nitrate d'argent qu'on vient le mieux à bout des formes simples de la laryngite chronique. A la clinique de Schrötter, on emploie six solutions ainsi titrées :

Solution n° 1	$\frac{1}{40}$
Solution n° 3	$\frac{3}{40}$
Solution n° 6	$\frac{6}{40}$
Solution n° 12	$\frac{12}{40}$
Solution n° 18	$\frac{18}{40}$
Solution n° 24	$\frac{24}{40}$

On commence toujours par badigeonner le larynx avec la solution n° 1 ; ce n'est pas, comme on pourrait le croire, pour habituer cet organe à ce contact irritant : Schrötter prétend que le

spasme glottique se produit aussi bien avec des solutions faibles qu'avec des solutions concentrées, car c'est le contact seul du pinceau qui le détermine, comme on peut s'en assurer en badigeonnant la glotte avec de l'eau distillée ; mais ce tâtonnement initial a pour but de se renseigner sur la façon dont la muqueuse malade réagit vis-à-vis du nitrate d'argent, Cette réaction est en effet très variable suivant les individus ; chez les uns, la solution nº 12 ne produit qu'une irritation à peine appréciable ; chez d'autres, la solution nº 1 détermine une vive exacerbation. Il faut cependant bien savoir que la solution nº 1 est incapable d'améliorer une laryngite chronique ; elle n'est qu'une pierre de touche. La solution généralement utile est le nº 6 ; dans certains cas, suivant la tolérance ou l'intolérance des malades, on emploie le nº 3 ou le nº 12 ; les nº 18 et 24 sont réservés par Schrötter au traitement des infiltrations syphilitiques.

Schnitzler se sert de solutions de nitrate d'argent titrées de deux à vingt pour cent ; celle à deux pour cent doit être réservée au premier badigeonnage d'épreuve ; le traitement efficace réclame des dosages entre dix et vingt pour cent.

On procède de même à la clinique de Störk ; la solution initiale est titrée à un pour cent ; progressivement on habitue le larynx à supporter les badigeonnages à trois, cinq, dix, vingt et trente pour cent ; cette dernière dose ne doit pas être dépas-

sée; elle est indiquée seulement dans le cas de laryngite très ancienne avec épaississement intense de la muqueuse.

La réglementation du traitement des laryngites chroniques par les badigeonnages au nitrate d'argent est fort bien établie par Chiari, de manière à en obtenir le maximum d'effet, en en atténuant les inconvénients. On prépare pendant quelque temps le malade comme il a été dit, d'abord par des pulvérisations astringentes, puis par des insufflations de poudre d'alun faites trois ou quatre jours de suite (ce qui est moins aisé à Paris qu'à Vienne où les consultations sont quotidiennes). Quand sa réflectivité a été assez atténuée pour que le contact du pinceau ne cause plus qu'un spasme léger, on badigeonne la glotte avec la solution la plus faible de nitrate d'argent; le malade éprouve au niveau du larynx une assez vive brûlure qui dure plusieurs heures; celle-ci est suivie bientôt d'une abondante sécrétion; l'enrouement augmente. Le lendemain, la muqueuse présente une rougeur plus marquée; il faut néanmoins la badigeonner de nouveau avec une solution plus forte, et continuer chaque jour, pendant trois semaines au minimum. On ne doit interrompre les badigeonnages que s'ils déterminent la production d'érosions blanchâtres; celles-ci disparaissent d'elles-mêmes après quelques jours de repos. Au bout de trois semaines, on arrête le traitement pendant dix jours; cette interruption est indispensable

pour juger de l'effet de la médication ; car tant que durent les badigeonnages, la muqueuse, qui subit une quotidienne irritation substitutive, demeure rouge, épaissie, parfois exulcérée. En la badigeonnant toujours, on entretiendrait indéfiniment le catarrhe. Si après ce repos de dix jours la laryngite chronique semble guérie, on se contente de clore le traitement par quelques insufflations de poudre d'alun, qui consolident le résultat obtenu ; sinon, on recommence de nouveau les badigeonnages pendant trois autres semaines.

Parfois le nitrate d'argent est impuissant ; cela se voit surtout quand l'infiltration de la muqueuse, très accentuée, prend la forme nodulaire ou trachomateuse. Dans ce cas, on utilisera avec plus de chances de succès les badigeonnages iodés : Schnitzler emploie la glycérine iodée faible au centième, mais Chiari préfère des doses plus fortes, progressivement croissantes :

Iode pur.	1 à 10 gr.
Iodure de potassium	10 gr.
Glycérine neutre.	100 gr.

et même, dans les formes rebelles, il imbibe son pinceau de teinture d'iode pure.

Les badigeonnages ne suffisent plus quand le processus inflammatoire aboutit à la formation d'hypertrophies localisées. Il faut détruire les granulations en les touchant avec une perle de ni-

trate d'argent fondue à l'extrémité d'une sonde laryngienne; le galvanocautère serait préférable, mais il est dangereux par l'excès de réaction qu'il entraîne dans le larynx à la suite des cautérisations profondes qu'il produit (Schnitzler).

Chiari ne touche pas aux nodules des chanteurs, s'ils sont petits, car il pense que le plus souvent ils disparaissent d'eux-mêmes par le traitement de la laryngite qui les accompagne et par le repos prolongé de la voix. S'ils grossissent malgré cela, on les écrasera avec la pince de Schrötter, et on cautérisera leur point d'implantation avec une perle de nitrate d'argent.

S'il y a pachydermie nettement caractérisée, les badigeonnages deviennent absolument inutiles, aucune des substances habituellement employées ne pouvant traverser la couche épaisse d'épithélium qui recouvre les tissus malades. Il faut agir sur ceux-ci par des procédés chirurgicaux, les gratter à la curette, les enlever à la pince, les cautériser au galvanocautère, après quoi le traitement par le pinceau reprendra ses droits. Dans tous les cas, il faut être prévenu qu'en enlevant les plaques pachydermiques qui siègent au niveau du pied des apophyses vocales des aryténoïdes, on s'expose à provoquer quelquefois une périchondrite grave.

Deux recommandations pour finir. On traitera, s'il est nécessaire, l'état général du sujet, et on provoquera une dérivation légère sur l'intestin, à

l'aide de pilules d'aloès fréquemment administrées. On prendra aussi soin de guérir le catarrhe naso-pharyngien, qui accompagne très souvent la laryngite chronique.

Il y a lieu de s'étonner, avec raison, de voir ce dernier conseil donné ainsi d'une façon accessoire ; c'est que la plupart des maîtres viennois, laryngologistes avant tout, prêtent peu d'attention au rôle que jouent les lésions du naso-pharynx dans la pathogénie des affections des voies respiratoires ; la laryngite chronique est pour eux une maladie locale, justiciable d'un traitement localisé à la glotte et à ses environs ; c'est peut-être pour cela qu'ils avouent eux-mêmes en obtenir si rarement la guérison complète.

III. — TUBERCULOSE LARYNGÉE

La plupart des malades tuberculeux par le larynx, le sont aussi par le poumon. Le traitement dont ils sont justiciables est donc complexe : il faut combattre chez eux les différentes manifestations de l'infection et améliorer l'état général. C'est là un aphorisme que plus que tout autre Schnitzler répète volontiers dans ses cours. Cependant Schrötter déclare n'avoir jamais vu survenir la moindre amélioration des lésions tuber-

culeuses du larynx, sous l'influence du traitement général par la créosote même énergiquement conduit. Ce n'est pas à dire que pour lui la laryngite tuberculeuse soit incurable ; tout au contraire, on l'améliore très souvent, et on la guérit moins rarement qu'on ne le croit ; mais la thérapeutique locale a seule le mérite de ces bons résultats.

Dans ces dernières années, de réels progrès ont été réalisés dans ce sens ; une des réformes les plus utiles, au dire de Schrötter, est le discrédit dans lequel est tombée la révulsion faite au devant du cou ; le vésicatoire pré-laryngien appartient maintenant à l'histoire, et c'est fort heureux. Les ressources thérapeutiques dont nous disposons sont abondantes ; il est utile de bien préciser les indications de leur emploi, afin d'en tirer le meilleur parti.

Les inhalations balsamiques sont fort recommandées par Schnitzler : elles s'adressent moins aux lésions du larynx qu'aux inflammations trachéo-bronchiques qui les accompagnent ; cependant elles soulagent notablement les malades, et calment la toux en diminuant l'expectoration. On peut indifféremment employer l'essence de térébenthine, l'essence d'eucalyptus, la créosote, le baume du Pérou, etc.

Les pulvérisations, bien faites, agissent plus efficacement sur le larynx. Il y a avantage à pulvériser des solutions astringentes légères, quand toute la maladie se borne encore à un catarrhe superficiel ; Schrötter les ordonne même à une

phase plus avancée, leur reconnaissant une réelle efficacité pour réduire l'œdème collatéral, et atténuer la sténose laryngée qui en résulte. Les solution d'alun ou de tannin, telles qu'elles ont été indiquées à propos de la laryngite chronique simple, trouvent ici leur application. Schnitzler les préfère plus concentrées :

Alun.	2 à 5 gr.

ou

Tannin	1 à 4 gr.
Eau distillée	100 gr.

Lorsqu'il y a sécrétion abondante de mucosités purulentes et que les efforts d'expectoration provoquent des quintes de toux pénibles, on doit s'adresser aux pulvérisations alcalines (chlorate de potasse, bicarbonate de soude, eaux d'Ems, de Gleichenberg) ; parmi les formules courantes de la Policlinique générale, il faut retenir les suivantes :

Benzoate de soude	5 gr.
Eau distillée	100 gr.

Salicylate de soude.	2 gr.
Borate de soude	2 gr. 50 centigr.
Eau de laurier cerise	5 gr.
Eau distillée	100 gr.

Enfin le baume du Pérou est spécialement prôné par Schnitzler dans le traitement des diverses périodes de la tuberculose du larynx. D'après lui, l'action de ce médicament est surprenante ; il tarit les sécrétions, résoud les infiltrations, cicatrise les ulcérations, et procure au patient une

sensation de chaleur agréable, en atténuant considérablement la dysphagie. Les malades doivent absorber en pulvérisations, répétées deux fois par jour, une cinquantaine de grammes à la fois de l'émulsion ainsi préparée :

Baume du Pérou . . . . . o gr. 25 centigr.

émulsionnez dans

Eau distillée . . . . 250 gr.

ajoutez ensuite

Chlorure de potassium . .	ãã 9 gr.
Eau de laurier cerise . . .	
Essence de menthe poivrée .	X gouttes.
Chlorhydrate de cocaïne .	o gr 25 centigr.

Les inhalations, les pulvérisations suffisent à améliorer les formes légères, catarrhales, de la tuberculose laryngée. Mais lorsqu'on se trouve en présence de lésions profondes, les deux seuls moyens efficaces d'appliquer les topiques sont les insufflations et les badigeonnages.

La liste est longue des diverses poudres composées, destinées à être insufflées dans le larynx des tuberculeux. Il y a là un abus ; plus que jamais, il importe de répéter avec Schrötter que ce mode de pansement est toujours mal toléré, et que, par conséquent, on doit rejeter toutes les poudres inertes, telles que le sous-nitrate de bismuth, l'oxyde de zinc, l'acide borique, pour s'en tenir aux seuls agents dont l'efficacité est incontestée. Ce maître reconnaît que les insufflations ne peuvent pas

guérir à elles seules la tuberculose laryngée, mais qu'elles constituent une médication symptomatique efficace sous deux formes qu'il précise exactement :

1° insufflations antiseptiques, pour déterger les ulcérations laryngées ;

2° insufflations analgésiques, pour calmer la dysphagie qui l'accompagne.

1° L'iodoforme tient la tête parmi les désinfectants : Schnitzler l'emploie beaucoup, Schrötter, presque exclusivement. Il ne cicatrise pas les ulcérations tuberculeuses, mais, entravant le développement des infections secondaires, il leur donne un bon aspect, décongestionne leurs bords, et prévient les périchondrites. Schrötter facilite l'adhérence de ce topique en le mélangeant à un poids égal de poudre de gomme arabique.

L'iodol, qui n'a pas d'odeur, impressionne moins désagréablement les malades ; malheureusement, de l'avis de la plupart des laryngologistes viennois, il a une efficacité moindre ; on peut, du reste, à l'exemple de Schnitzler, parfumer la poudre d'iodoforme avec quelques gouttes d'essence de menthe :

Iodoforme . . . . }	ãã 5 gr.
Poudre de gomme arabique. . }	
Essence de menthe.	X gouttes.

Seul, Störk se montre partisan déclaré de la poudre d'iodol dont il fait, dans l'espèce, la base de sa thérapeutique. La plupart des tuberculeux sont

traités à sa clinique par des insufflations iodolées quotidiennes. A ceux que leurs occupations empêchent d'y venir chaque jour, il indique un mode de pansement qu'il leur est facile d'appliquer eux-mêmes ; ce procédé, qu'il a imaginé, consiste en ceci : le patient introduit jusqu'au fond de son pharynx une petite cuiller à long manche, pleine d'iodol ; puis brusquement il la renverse au moment même où il fait une profonde inspiration ; une partie de la poudre tombe ainsi dans le larynx, comme le prouvent les violentes quintes de toux qu'elle détermine. On conçoit d'ailleurs que ce ne soit là qu'un pis-aller.

2° Les insufflations de poudres analgésiques sont bien recommandées par Schrötter. Pour calmer l'atroce dysphagie qu'engendrent les ulcérations tuberculeuses qui siègent à la région interaryténoïdienne, et qui parfois est telle que le malade aime mieux se laisser mourir d'inanition, que réveiller ses souffrances en prenant des aliments, rien ne vaut la morphine, de l'avis de ce maître. Une demi-heure avant le repas du matin, il insuffle bien exactement au niveau des points ulcérés une petite quantité de poudre calmante :

Chlorhydrate de morphine . . }
Poudre de gomme arabique. . } àâ 2 gr.

La sédation obtenue est si grande, et souvent même si durable, que le malade peut prendre sans souffrances non seulement son déjeuner, mais

même son repas du soir (quoiqu'à la vérité il soit préférable de faire deux insufflations par jour.) Le chlorhydrate de cocaïne ne peut pas rendre de services en pareil cas ; son action est beaucoup trop fugitive ; l'anesthésie, obtenue à l'aide de la solution concentrée à vingt pour cent, a une durée maxima de sept minutes. Cette courte sédation ne saurait être mise en parallèle avec l'accalmie que procure la morphine, et qui parfois dure vingt-quatre heures. Un moyen préférable de calmer la douleur est l'injection intra-laryngienne d'huile mentholée au vingtième ; ce mélange associe heureusement ses propriétés analgésiques et antiseptiques.

Les badigeonnages sont également d'un usage quotidien, dans les formes ulcéreuses de la tuberculose laryngée.

Le baume du Pérou, que Schnitzler utilise si volontiers en pulvérisation, peut aussi être avantageusement porté dans le larynx avec le pinceau ; la formule suivante, due à ce maître, favorise son adhérence aux parties malades :

Baume du Pérou	āā 5 gr.
Alcool à 90°	
Collodion élastique	
Essence de menthe poivrée. .	XV gouttes.

L'acide lactique est, de l'avis de Schrötter, le médicament qui donne incontestablement les meilleurs résultats ; il a le grand avantage d'agir

énergiquement sur les régions malades et de ne pas attaquer les tissus sains. Schrötter lui doit un certain nombre de guérisons durables, qui se sont maintenues depuis plusieurs années. Ce corps a principalement d'excellents effets dans les formes ulcéreuses ; il est moins actif lorsqu'il y a seulement infiltration. Mais le malade qui se soumet à ce traitement doit s'armer de courage et de patience ; car ces badigeonnages causent souvent une vive douleur, qu'il est, il est vrai, facile d'atténuer par une cocaïnisation préalable ; et ils doivent être répétés journellement pendant un temps parfois très long ; toutefois, quand il se produit une eschare blanchâtre à la surface des ulcères, il est bon d'interrompre le traitement pendant quelques jours. On habituera la muqueuse laryngée, en se servant, pour débuter, d'une solution aqueuse d'acide lactique à vingt pour cent ; rapidement, on atteindra le taux de quatre-vingts pour cent ; dans quelques cas même, on pourra employer l'acide pur. Les badigeonnages doivent être faits d'une façon fort énergique ; l'effet obtenu est meilleur s'ils font saigner le larynx (Chiari).

Schnitzler est également partisan de l'acide lactique: Störk, au contraire, s'en montre un adversaire convaincu ; pour lui, ce caustique est dangereux ; il ne limite pas son action aux parties malades, comme le prétend Schrötter, mais il érode les régions saines, et aggrave ainsi le mal, en rendant

le terrain environnant favorable à l'extension du processus tuberculeux.

Schrötter a également expérimenté la résorcine ; mais, lors de mon séjour à Vienne, ses essais étaient trop récents pour qu'il eût pu encore se faire une opinion nette à son égard. J'ai appris depuis qu'il en avait obtenu d'assez bons résultats ; la solution très concentrée est à la fois antiseptique et anesthésique ; il ne faut pas attendre d'elle un effet curatif ; mais c'est une médication palliative qui rend des services quand les ulcérations laryngées sont trop étendues pour qu'on puisse en espérer une guérison radicale. Il y a avantage à combiner ce médicament avec ceux que nous avons déjà étudiés. Schrötter fait faire ainsi le pansement quotidien : introduction dans le larynx (mieux encore avec une seringue qu'avec un pinceau) d'une certaine quantité de la solution :

Résorcine.	10 gr.
Eau distillée.	20 gr.

et, immédiatement après, insufflations avec la poudre d'iodoforme pure ou mélangée à de la poudre de morphine. Ce pansement est fort bien toléré par les phtisiques avancés.

Le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée est peu en honneur à Vienne, même dans les cliniques progressistes, telles que celle de Chiari. Schrötter n'admet pas la valeur curative du curettage, et il lui oppose un dilemme spécieux :

ou bien ce curettage est partiel, et dans ce cas la récidive est fatale ; ou bien il est total, et alors il cause de tels délabrements que le larynx n'est pas en état de le tolérer. Le spécialiste doit se borner à réduire au galvano-cautère ou à enlever à l'anse galvanique les tumeurs et les végétations qui causent de la dysphagie ou de la dyspnée.

Si l'asphyxie devient menaçante par les progrès de la sténose laryngienne, la trachéotomie s'impose ; quant au tubage, je ne l'ai pas vu pratiquer à Vienne. L'ouverture de la trachée ne doit pas être trop tardive ; le malade n'en retire de sérieux avantages, suivant Schrötter, que si l'on n'attend pas, pour la décider, le moment où la suffocation lui crée un péril imminent. En pratiquant, de plus, la trachéotomie le plus bas possible, et en faisant porter au malade des canules trachéales en caoutchouc durci, on place celui-ci dans une condition d'existence très supportable.

Schrötter fait la trachéotomie sous le chloroforme.

IV. — SYPHILIS LARYNGÉE

Le traitement général prime ici incontestablement la médication locale. Celle-ci ne doit cependant pas être négligée.

Dans la syphilis secondaire, les pulvérisations de liqueur de Van Swieten auraient, d'après Schnitzler, une efficacité très réelle ; elles doivent être faites deux fois par jour, en employant à chaque séance de dix à vingt grammes de liquide. Cependant les plaques muqueuses cèdent surtout aux badigeonnages du larynx, pratiqués soit avec de la glycérine iodo-iodurée, dont on proportionnera le degré de concentration à la tolérance individuelle, soit mieux encore avec des solutions de nitrate d'argent très concentrées. Schnitzler fait des badigeonnages tous les deux jours avec une solution à cinq pour cent au début, pour arriver très rapidement à utiliser la solution à vingt pour cent. Dans la pharmacopée de Schrötter, ce sont les solutions argentiques numérotées 18 et 24 qui conviennent spécialement aux laryngites syphilitiques secondaires.

Contre la syphilis tertiaire du larynx, ces maîtres instituent une thérapeutique locale analogue ; si les ulcérations gommeuses sont profondes, Schrötter les cautérise avec une perle de nitrate d'argent fondue sur son porte-caustique. Chiari préfère cependant les badigeonnages iodés : dans certains cas, il se sert de teinture d'iode pure. Mais il est opposé à la médication locale par le sublimé, considérant qu'en solutions étendues il est inefficace, qu'en solutions concentrées il est infiniment trop douloureux.

Plus tard, après guérison, arrivera la phase re-

doutée, car la rétraction du cicatriciel amènera la sténose glottique. La trachéotomie parera alors aux accidents dyspnéiques rapides ; cependant il sera souvent possible de la prévenir, en mettant en pratique le remarquable procédé imaginé par Schrötter pour la dilatation progressive des rétrécissements cicatriciels du larynx. Je me borne ici à en faire mention, car on le trouvera exposé en détails dans tous les traités classiques, sa haute valeur l'ayant fait tomber dans le domaine public.

V. — TUMEURS LARYNGEES

Le traitement des tumeurs malignes du larynx, nécessitant souvent l'extirpation complète de l'organe vocal, appartient à la chirurgie générale. Le laryngologiste n'aura à traiter que les tumeurs bénignes, confondues sous la dénomination, incorrecte mais commode, de polypes. Il parait qu'à Vienne la chirurgie veut faire valoir ses droits sur ce terrain, car Schrötter, dans ses leçons, ne manque pas de lui livrer souvent le bon combat ; tout au plus l'autorise-t-il à aborder le larynx par voie externe dans deux cas : par la laryngotomie sous-hyoïdienne, pour enlever les grosses tumeurs de la région épiglottique ; par la laryngofissure, pour

débarrasser radicalement la glotte de papillomes multiples récidivants ; et cependant une main habile peut pratiquer l'extirpation complète de ces tumeurs par voie endo-laryngée, ce qui est toujours préférable.

La guérison des polypes du larynx par les voies naturelles est le triomphe de la laryngologie. Il est démontré qu'aucune médication générale, qu'aucun traitement topique local par insufflation, badigeonnage, etc., ne peut les faire disparaître. Nous n'avons à notre disposition que deux ressources : les détruire par cautérisation, ou les extirper. Ce traitement est d'une application souvent difficile : aussi a-t-il sollicité l'invention de méthodes nombreuses, d'instruments innombrables.

La cautérisation peut être pratiquée avec des agents caustiques ou avec le galvano-cautère.

Les caustiques sont de deux ordres (Chiari) : les uns sont inefficaces, les autres sont dangereux.

Le *nitrate d'argent* en substance est de beaucoup le plus employé. Cependant, d'après Schrötter, il est incapable de faire disparaître à lui seul la moindre tumeur du larynx, fût-ce même un nodule des chanteurs ; car il n'agit que très superficiellement, formant avec les tissus un composé insoluble qui s'oppose à sa pénétration dans les couches profondes. On peut tout au plus l'utiliser, à l'exemple de Störk et de Schnitzler, pour réduire

les infiltrations localisées (granulations, trachomes, etc.) qui se montrent au cours des vieilles laryngites chroniques.

Mais si la pierre infernale ne peut amener la disparition des polypes, elle est au contraire toute puissante pour prévenir leur reproduction : et c'est une règle dont ne se départissent jamais Schrötter et ses élèves, de cautériser ainsi le point d'implantation d'un polype qui vient d'être enlevé, pour mettre le malade à l'abri des récidives.

Un procédé très simple et très dangereux de porter le nitrate d'argent dans le larynx, est celui de Störk ; à ceux qui ne possèdent pas sa grande habileté manuelle, il faut l'interdire. Ce maître se contente de déposer une petite quantité de nitrate d'argent fondue à l'extrémité d'une sonde laryngienne en argent, soit en touchant avec la sonde préalablement chauffée un crayon de pierre infernale, soit en plongeant son extrémité dans une petite capsule de porcelaine où l'on fait fondre une minime quantité de ce sel. Or, avec un tel instrument, même tenu par une main sûre, il suffit que le malade fasse un mouvement de déglutition, ait une contraction du larynx, pour que des eschares soient produites sur la base de la langue, dans le pharynx, sur l'épiglotte. Aussi ne doit-on se servir que du porte-caustique protégé de Schrötter ; une tige cylindrique porte sur un de ses côtés une gouttière dans laquelle on coule un peu de nitrate d'argent fondu ; elle est entourée d'un manchon

métallique mobile, qui, à volonté, la couvre ou la découvre ; on ne démasque le caustique que pendant le court instant où il se trouve en regard de la surface qu'on veut atteindre ; et ainsi on ne risque pas de faire sur sa route, à l'aller ou au retour, des cautérisations accidentelles.

Ce porte-caustique à gouttières latérales pouvant se tourner en tous sens a encore l'avantage de ne cautériser que par un de ses côtés, et de présenter à la région opposée du larynx une surface inactive. Ce résultat n'est pourtant qu'imparfaitement obtenu. C'est qu'en effet, au contact des caustiques, un spasme intense se produit, qui accole la corde vocale saine à celle qui vient d'être cautérisée ; et le nitrate d'argent en excès détermine une cautérisation au point symétrique de celle-là. Cet inconvénient est presque inévitable ; bien des moyens ont été proposés pour l'atténuer. Chiari ne cautérise le larynx qu'après une cocaïnisation énergique qui momentanément supprime ses réflexes. Störk a imaginé un porte-caustique présentant, sur la face opposée à celle où se trouve fondu le nitrate d'argent, une rainure qu'on remplit d'une bouillie de chlorure de sodium humide, de sorte qu'au moment où la cautérisation détermine le spasme, le sel de soude se répand sur la corde vocale saine et neutralise l'excès de nitrate. D'après Schrötter, il faut n'employer qu'un porte-caustique petit, faisant une cautérisation très limitée, qu'on répétera au besoin plusieurs fois, mais qui au moins

ne déposera sur la plaie laryngienne qu'une quantité de caustique minime, incapable de produire des lésions de voisinage sérieuses.

La *potasse caustique* est dangereuse. Elle cautérise trop profondément ; elle a de plus le grand inconvénient d'être déliquescente et de fuser loin du point où on l'applique. Chiari ne la recommande que dans deux cas : pour détruire définitivement les papillomes laryngiens qui sans cesse récidivent ; et pour détruire les sténoses membraneuses ou cicatricielles de la glotte.

L'*acide chromique* encourt les mêmes reproches; sa tendance à la diffusion doit le faire rejeter du traitement des laryngopathies.

Le *galvano-cautère* ne doit être manié dans le larynx qu'avec la plus extrême prudence. Il peut y déterminer deux sortes d'accidents. La cautérisation est d'abord suivie d'une réaction intense qui, même dans un larynx non irrité, peut faire naître un œdème considérable, mettant parfois le malade sous la menace d'une trachéotomie urgente. De plus, comme l'eschare ainsi produite est très profonde, elle laisse à sa suite une cicatristion étendue ; de telle sorte qu'en détruisant un polype avec le galvano-cautère, on s'expose à déterminer sur la corde vocale une rétraction cicatricielle, qui causera une aphonie permanente. Chiari n'autorise les cautérisations galvaniques du larynx qu'en cas de lésions graves, papillomes récidivants, lupus, sclérome, etc., où la dysphonie est telle qu'il n'y

a point à craindre de l'augmenter ; du reste, la réaction produite par le fer rouge dans un larynx lupique ou scléromateux est bien moindre que dans l'organe normal.

L'extirpation des tumeurs bénignes laryngées est le procédé de choix : bien faite, elle est inoffensive, et ne produit qu'une douleur insignifiante et une réaction presque nulle. Les instruments multiples imaginés pour la pratiquer peuvent être ramenés à un petit nombre de types : couteaux, pinces et écraseurs, guillotines, ciseaux, serre-nœuds. Bien que dans la grande majorité des cas (quatre-vingt dix-neuf fois sur cent, Chiari), ce soit aux pinces qu'il faille avoir recours, cependant, dans certaines conditions spéciales, les autres catégories d'instruments peuvent rendre des services. Schrötter excelle, dans ses cours, à en présenter les indications particulières; je ne peux mieux faire que le suivre pas à pas dans cette étude.

Les instruments coupants, les *couteaux laryngiens*, doivent toujours être protégés par une gaîne métallique mobile, qui ne les découvre que pendant le moment où ils ont à agir dans le larynx ; les couteaux à lame nue exposent aux plus graves dangers : le médecin aurait grand tort de se permettre de les employer en comptant sur son habileté manuelle ou sur l'immobilité d'un malade bien anesthésié ; car il suffit d'un mouvement

brusque de la part de celui-ci, pour causer une blessure des cordes vocales qui compromette la voix à tout jamais. On se servira du couteau laryngien quand il existe une tumeur dure, implantée sur la corde vocale par une large base, un fibrome sessile le plus souvent. L'incision doit être faite suivant une ligne fictive qui prolonge le bord libre de la corde. D'après la situation de la tumeur, on la sectionnera d'avant en arrière (avec un couteau convexe), ou d'arrière en avant (avec un couteau concave), ou encore en transfixant le pédicule en son milieu (avec un couteau lancéolé). Le couteau laryngien est encore très utile dans le cas de kyste de l'épiglotte : une simple incision suffit à en amener la guérison.

La *pince laryngienne* est l'instrument dont le laryngologiste a le plus souvent l'occasion de faire usage. La meilleure de toutes est, sans contredit, celle qu'a imaginée Schrötter, et qui n'est qu'un heureux perfectionnement de la pince de Türck. Tous les laryngologistes viennois l'emploient actuellement, même ceux qui, comme Störk, en ont fait construire d'autres modèles : on n'en pourrait faire un meilleur éloge. Ses avantages sont nombreux. 1° Son manche, en forme de crosse de pistolet, est bien en main, et il suffit d'un faible mouvement de flexion ou d'extension de l'index pour en fermer ou en ouvrir les mors. 2° Sa tige tubulaire est si mince qu'elle ne cache pas le champ opératoire, et qu'à tout moment de l'opération on

peut voir ce qu'on fait. 3° Son extrémité laryngienne est douée d'un mouvement de rotation en tous sens, de sorte qu'avec une même pince on peut opérer suivant la direction frontale, sagittale ou oblique. 4° Cette extrémité peut être aisément démontée et remplacée par divers modèles de mors, s'adaptant tous à la même tige. 5° Enfin la tige de cette pince est flexible, de sorte qu'on peut extemporanément lui donner la forme la mieux appropriée à l'opération présente, la rendre courte ou longue, suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte, diminuer ou augmenter le rayon de sa courbure, suivant qu'on se propose d'agir sur la région antérieure ou postérieure du larynx. Elle n'a, en réalité, qu'un inconvénient, c'est qu'elle recule en se fermant ; mais, avec un peu d'habitude, on annule ce défaut en avançant l'instrument d'une distance égale à l'étendue de ce recul. On lui a également reproché d'être trop fragile et de pouvoir se briser dans le larynx ; un tel accident n'arrive qu'avec un instrument mal entretenu ; du reste, cette gracilité est un de ses mérites. Chiari reconnaît pourtant qu'elle manque de force ; la pince de Krause, construite d'ailleurs sur le même principe, est préférable si les tissus malades présentent une dureté anormale.

Schrötter fait naturellement le procès des pinces laryngiennes classiques à anneaux, pinces de Fauvel, de Morell-Mackenzie et autres semblables. Elles sont beaucoup trop massives et masquent une

partie du champ opératoire, de sorte que l'extirpation des polypes doit être en partie faite à l'aveugle, ce qui est une faute grave. De plus, comme elles sont rigides et non déformables, et que leurs mors ne peuvent bien agir que dans un seul sens, il en résulte que le spécialiste qui les adopte doit en posséder toute une série ; pinces de longueurs différentes pour hommes, femmes, enfants ; pinces antéro-postérieures et latérales ; pinces à mors mousses, à cuillers tranchantes de dimensions diverses..; en résumé, un jeu complet que la pince tubulaire résume à elle seule.

L'extrémité que l'on doit adapter ordinairement à la tige tubulaire de Schrötter est la pince à cuillers latérales mousses, dentelées ou coupantes. Ce maître limite cependant son emploi à l'extirpation des tumeurs qui siègent sur la face supérieure des cordes vocales ou des bandes ventriculaires, sur les aryténoïdes, sur la face laryngée de l'épiglotte. Pour extraire les polypes placés sur le bord libre des cordes vocales, il se sert d'un écraseur dont les mors se meuvent dans le sens vertical (Polypenquetscher).

Les *guillotines laryngées* sont, pour la plupart, abandonnées ; Störk emploie parfois encore un modèle à anneau tranchant, qu'il a fait construire sur le principe de l'amygdalotome ; mais cet instrument ne possède pas de fourche pour fixer la tumeur, de sorte que celle-ci, après la section, tombe dans les bronches : ce qui cependant, d'après Störk, ne

peut causer aucun dommage au malade. Cette guillotine convient principalement pour l'ablation des tumeurs dures et sessiles, qui ne sont pas susceptibles d'être arrachées ou écrasées ; il est de plus nécessaire que celles-ci n'aient que de petites dimensions, pour que leur pénétration dans les voies aériennes ne soit pas dangereuse.

Les *ciseaux* laryngiens sont de détestables instruments ; Schrötter les englobe tous dans la même condamnation, y compris ceux qu'il a imaginés. Pour s'ouvrir suffisamment, ils ont besoin d'un espace beaucoup plus grand que la place que leur offre la cavité laryngienne ; et ce faisant, ils blessent presque inévitablement la muqueuse. Tout au plus peuvent-ils rendre quelques services pour l'incision des tumeurs kystiques situées à l'entrée du vestibule laryngien.

Les *serre-nœuds* ne doivent pas être employés dans le larynx (Schrötter) ; ils y sont mal supportés ; le petit chatouillement qu'y produit le contact de l'anse métallique sollicite des spasmes réflexes beaucoup plus intenses que ceux que détermine l'introduction des pinces. Ils donnent d'ailleurs de mauvais résultats; si l'anse est faite d'un fil de fer mince, elle se déforme en pénétrant dans le larynx ; si elle est faite d'un fil épais et résistant, elle risque de déchirer la muqueuse. Schrötter reconnaît pourtant que le serre-nœud peut rendre des services dans certains cas exceptionnels, quand il s'agit, par exemple, de débar-

rasser extemporanément un malade qui étouffe d'une grosse tumeur glottique ou plutôt sus-glottique ; encore faut-il que ce néoplasme s'insère par un pédicule mince. Si sa base d'implantation est large, l'anse métallique ne pratique qu'une extirpation incomplète ; et l'éradication ultérieure de la portion demeurée adhérente présentera des difficultés extrêmes. Il est bien entendu qu'il s'agit ici de l'anse froide ; le serre-nœud galvanique ne doit pas être manié dans le larynx à cause de l'intense réaction qu'il y provoque.

En résumé, on peut dire avec Chiari que la pince de Schrötter, habilement maniée, doit suffire à l'extirpation de presque tous les polypes laryngiens, quel que soit leur siège. Les instruments plus forts, tels que la pince de Krause, la pince coupante de Störk, ne sont utiles que dans le cas de tumeurs dures et plus spécialement de tumeurs malignes ; ces dernières sont jnsticiables d'une extirpation partielle exploratrice, qui permete un diagnostic précoce que seul l'examen microscopique peut faire poser avec certitude. Or, cette prise doit être faite largement avec un puissant emporte-pièce : car les parties centrales de la tumeur présentent seules une disposition caractéristique ; les couches superficielles, ayant la banale structure du papillome, ne peuvent pas fournir de renseignements utiles (Chiari).

Supposons donc maintenant un malade porteur

d'un petit polype inséré sur une corde vocale, et voyons comment il va être opéré dans les cliniques viennoises. Faut-il le soumettre à un entraînement préparatoire pour habituer son larynx au contact des instruments? Ce n'est utile, dit Chiari, que si l'on est novice en laryngologie ; dès qu'on a acquis un peu d'habitude, on peut, dès la première séance, débarrasser ce malade de son polype. Cependant Schrötter, dont la prodigieuse adresse ne saurait être suspecte de temporisations intéressées, n'est pas partisan de cette intervention précipitée ; il l'admet seulement dans le cas où il faut débarrasser le larynx d'une grosse tumeur qui cause une suffocation grave. Mais, dans les circonstances ordinaires, il aime mieux émousser la réflectivité de cet organe en y introduisant, pendant plusieurs jours de suite, d'abord une sonde en gomme, puis une sonde métalllque ; et il trouve à cette méthode l'avantage de pouvoir préciser autant que possible la mobilité, la consistance de la tumeur. On imprimera par tâtonnements à cette sonde une courbure appropriée à chaque cas particulier ; et, avant d'opérer, on aura soin de donner une forme analogue à la pince tubulaire.

L'anesthésie cocaïnique rend aisée cette opération. Elle doit toujours être pratiquée, sauf dans un cas nettement spécifié par Störk : quand la tumeur a de grandes dimensions, et qu'il est dangereux de supprimer les réflexes laryngés, qui empêchent sa chute dans la trachée et préviennent les

accidents, peut-être mortels, qui en résulteraient. Une cocaïnisation suffisante ne s'obtient qu'à condition d'employer une solution concentrée de chlorhydrate de cocaïne à vingt pour cent, et de badigeonner avec énergie la muqueuse laryngienne. Störk s'y reprend à deux fois. Chiari pratique jusqu'à six badigeonnages successifs. L'important est de frotter vigoureusement ; des attouchements légers ne suffisent pas à insensibiliser la muqueuse, quelle que soit la concentration de la solution utilisée. Schrötter opère avec une précision mathématique, ayant à ses côtés un assistant qui tient une montre en main, et il arrive à obtenir une anesthésie laryngienne presque absolue, de la façon suivante : il introduit dans le larynx un pinceau fortement imbibé d'une solution au cinquième, et, pendant une minute entière, pratique une friction énergique ; puis il attend une seconde minute, et, au commencement de la troisième, il fait pénétrer l'instrument, choisissant ainsi pour opérer le moment où l'anesthésie est à son maximum.

La cocaïne est le seul corps qui produise dans le larynx une anesthésie efficace. Avant la découverte de Jellinek, Türck avait indiqué un autre procédé capable de déterminer l'insensibilité de la muqueuse vocale. Schrötter raconte volontiers à ses cours quelle torture il fallait infliger aux malades pour obtenir ainsi le résultat désiré. La veille au soir de l'opération, on badigeonnait douze fois de suite, à quelques minutes d'intervalle, le larynx

avec du chloroforme pur ; puis aussitôt on pratiquait douze autres attouchements avec une solution concentrée de chlorhydrate de morphine ; le lendemain matin, le larynx était absolument insensible ; mais au prix de quelles souffrances ! C'étaient d'abord pour le malheureux patient une atroce brûlure, une suffocation angoissante à laquelle ne tardaient pas à succéder d'inévitables signes d'une intoxication morphinique grave, qu'il fallait toute la nuit combattre par une médication stimulante. A cette époque, Schrötter avait essayé de pratiquer l'opération dans la narcose chloroformique ; il avait dû bientôt y renoncer ; car il s'accumule alors dans la gorge une grande quantité de mucosités qui masquent l'entrée du larynx ; du reste, le sommeil par le chloroforme ne fait pas disparaître la sensibilité de la muqueuse laryngée.

Peut-on tirer parti de la suggestion, chez les sujets qui y sont sensibles ? J'ai été, vers la fin de mon séjour à Vienne, témoin d'une tentative très intéressante faite dans ce sens à la clinique de Schnitzler. Il s'agissait d'une hystérique, atteinte d'un polype d'une corde vocale. Elle fut plongée dans le sommeil hypnotique par Krafft-Ebbing ; et malgré les injonctions réitérées que lui faisait ce professeur de rester tranquille, de se prêter à l'opération, il fut impossible à Hajek d'extraire le polype, les réflexes laryngés ayant conservé toute leur intensité, malgré l'hypnose. Le lendemain, l'extirpation en fut faite aisément, grâce à l'anesthésie cocaïnique.

Le larynx du malade étant cocaïnisé, on introduit la pince, on saisit lentement le polype et, par une secousse imprimée à l'instrument, on l'arrache. La quantité de sang qui s'écoule alors est insignifiante, même s'il s'agit d'une tumeur vasculaire ; jamais, dans sa longue carrière, Schrötter n'a observé ces hémorragies alarmantes, voire même mortelles, qu'ont signalées quelques auteurs. Cependant, quelque léger qu'il soit, l'écoulement sanguin masque le champ opératoire : on l'arrête rapidement en faisant boire au patient un verre d'eau glacée, par petites gorgées.

Mais l'opération n'est point ainsi terminée ; pour prévenir la récidive du polype, il faut cautériser la plaie avec la pierre infernale : Schrötter veut que cet attouchement soit fait immédiatement après l'ablation ; car, si on attend pour cela au lendemain, une secrétion muco-purulente protège la plaie contre l'action du caustique ; ou bien encore la cautérisation n'atteint que les bords tuméfiés de la muqueuse environnante, et ainsi la réapparition de la tumeur n'est point empêchée. Pour pratiquer convenablement cette cautérisation et éviter les brûlures accidentelles dont il a été parlé plus haut, il est nécessaire de cocaïniser à nouveau le larynx.

Pendant les quelques jours qui suivent cette opération, plusieurs laryngologistes, à l'exemple de Störk, conseillent au malade de faire des pulvérisations froides intra-laryngées d'une solution faible d'alun.

V

OREILLE

—

I. — ECZÉMA DE L'OREILLE EXTERNE

Dans les *formes aiguës*, il faut sévèrement proscrire les applications humides émollientes, auxquelles, par instinct et routine, les malades ont toujours tendance à recourir. Politzer défend absolument le contact de l'eau avec l'oreille malade, quel qu'en soit le mode d'emploi, décoctions mucilagineuses ou solutions astringentes. Sur l'eczéma humide il faut appliquer un traitement sec.

A la période initiale de l'eczéma humide, alors qu'il n'y a encore que de la rougeur des tissus, il faut largement saupoudrer le pavillon de poudre d'amidon, ou même de poudre de calomel mitigée (Politzer), en ayant eu soin de boucher préalablement le conduit avec un tampon d'ouate pour

éviter que la poudre ne s'y accumule et ne l'obstrue. Urbantschistch pense que le plus souvent une poudre inerte suffit à calmer les sensations pénibles, en mettant les parties malades à l'abri du contact de l'air. Pourtant, dans les cas où la tuméfaction du pavillon est intense, les douleurs très vives ne cèdent pas à ce moyen simple ; il prescrit alors l'application de compresses d'eau froide, fréquemment renouvelées, et obtient ainsi un soulagement rapide ; en pareil cas, Gruber fait appliquer des compresses imbibées d'eau de Goulard glacée.

Si le malade se présente un peu plus loin du début de la maladie, en pleine période de suintement, la conduite à tenir est différente. Avant toutes choses, il faut faire tomber les croûtes pour permettre aux topiques d'agir directement sur les parties malades. Ce décapage doit se pratiquer avec la plus grande douceur ; il faut largement enduire l'oreille d'huile d'olives pure ; et le lendemain, à l'aide d'un pinceau doux, on détache aisément les croûtes ainsi ramollies. Cela fait, on applique sur le pavillon des corps gras. Politzer emploie volontiers l'onguent diachylon d'Hebra préparé avec de l'huile d'olives, ou encore des pommades à base de zinc :

Oxyde de zinc. . .	0 gr. 50 centigr.
Vaseline blanche .	30 gr.

La préparation suivante est d'un maniement plus facile :

Oléate de zinc . . 1 gr.
Vaseline liquide . 10 gr.

Au reste, la composition de ces pommades douces, qu'on peut varier à l'infini, a moins d'importance que la manière dont on les applique. Voici comment se fait le pansement à la clinique de Politzer. L'oreille ayant été préalablement décapée, on introduit dans le conduit un tampon d'ouate imprégné de pommade, et on en étale une couche sur un morceau de linge très fin, qu'on applique sur le pavillon en ayant soin de tamponner bien exactement ses plis et ses dépressions. On recouvre le tout d'une feuille d'ouate et, suivant le conseil d'Urbantschitsch, on maintient le pavillon contre la tête à l'aide de tours de bande moyennement serrés. Ce pansement est renouvelé tous les jours, jusqu'à ce que les croûtes cessent de se reproduire. On se contente alors de protéger l'épiderme nouveau en l'enduisant pendant quelques semaines avec une mince couche de pâte de Lassar.

Dans la plupart des cas, ce traitement anodin suffit à amener la guérison. Si le mal est plus tenace, Politzer emploie avec avantage, suivant la méthode d'Unna, la pommade à l'ichthyol :

Ichthyol . . . . 1 gr.
Vaseline blanche . 10 gr.

Gruber hâte la guérison avec des frictions au savon mou de potasse dissous dans l'eau, qu'il

répète chaque jour. Quelques heures d'application de compresses d'eau froide calment l'irritation ainsi provoquée. Il continue ce traitement jusqu'à ce que de nouvelles vésicules ne se produisent plus ; et il revient ensuite aux corps gras.

L'*eczéma sec*, d'ailleurs plus chronique, réclame une autre médication. Suivant qu'il atteint le pavillon ou le conduit, le traitement en diffère.

L'*eczéma sec du pavillon*, dans sa forme légère, cède assez rapidement aux frictions faites journellement avec l'alcool phéniqué au trentième. (Politzer). Mais dans les formes invétérées, caractérisées par une infiltration dure du derme, on doit agir plus énergiquement. Il faut d'abord ramollir et détacher les couches épidermiques épaissies par des frictions énergiques avec du savon salicylé à dix pour cent ou avec une solution alcoolique de savon de potasse. Ce décapage achevé, on s'adresse aux préparations de goudron. (Politzer, Gruber, Urbantschistch). Un moyen efficace consiste à frotter vigoureusement la partie malade avec un pinceau dur imprégné de :

Huile de cade }
Huile d'olives } ââ

On recommence ces frictions tous les trois ou quatre jours quand l'eschare superficielle qu'elles produisent est tombée. Et on termine la cure par une pommade à l'ichthyol ou au styrax. Les rha-

gades doivent être touchées à la pierre infernale.

L'eczéma sec du conduit auditif est plus tenace. Souvent, lors de la première visite du malade, le conduit est rempli de masses épidermiques blanchâtres, très adhérentes aux parois ; il faut s'abstenir de les chasser par une injection forcée, encore moins de les arracher avec la pince ; ce bouchon doit être, au préalable, ramolli pendant un ou deux jours avec quelques gouttes de

Carbonate de soude . .	o gr. 20 centigr.
Glycérine neutre . .	20 gr.

une injection douce le ramènera ensuite aisément.

Le conduit étant ainsi nettoyé et séché, on pourra, s'il s'agit d'un cas léger, suivre la pratique de Gruber, et y instiller trois fois par jour quelques gouttes du mélange suivant :

Sulfate de zinc . .	o gr. 50 centigr.
Glycérine neutre .	5 gr.

Dans les formes plus tenaces, Politzer pratique un badigeonnage soigneux du conduit avec une solution de nitrate d'argent, dont la concentration croît de cinq à dix pour cent ; il recommence cette petite manœuvre tous les trois jours. De deux à huit badigeonnages suffisent ordinairement pour obtenir la guérison.

Le traitement de l'eczéma aigu intense du conduit se confond avec celui de l'otite externe diffuse.

Une médication interne est considérée par Politzer comme le plus souvent inutile. Gruber y

attache plus d'importance. La liqueur de Fowler, administrée progressivement jusqu'à des doses massives, en forme la base. L'anémie, la scrofule fournissent aussi des indications spéciales. Les arthritiques sont envoyés à Karslbad ou à Marienbad.

II. — OTITE EXTERNE AIGUË

Le traitement de l'otite externe aiguë diffuse et celui de l'otite externe circonscrite ou furonculeuse ont tant de points communs, qu'il est bien plus simple de les étudier ensemble.

Si la maladie est reconnue dès son début, on tâchera de la faire avorter. Outre les précautions hygiéniques dont on exigera l'observation sévère (interdiction des efforts, du travail intellectuel, des boissons excitantes, des irritations mécaniques du conduit), on dispose de quelques moyens locaux, parfois efficaces. Politzer a vu des furoncles à leur début disparaître par résolution à la suite de badigeonnages fréquents du conduit avec la glycérine phéniquée au trentième.

Urbantschistch recommande chaudement le massage. Il le fait très simplement en introduisant dansle conduit un petit tube de caoutchouc, préalablement aseptisé. Si au bout de quelques heures le malade sent augmenter la douleur, il le retire lui-

même ; s'il peut le supporter, il le garde vingt-quatre heures. Souvent, au bout de ce temps, le conduit a repris son aspect normal ; néanmoins, le tube doit être maintenu en place encore pendant deux ou trois jours, pour éviter un retour offensif. Si, malgré tout, la maladie suit son cours, ce drain devra être retiré au début de la phase de suppuration.

Les circonstances où cette médication abortive est efficacement applicable sont malheureusement rares. Le plus souvent, le malade vient nous trouver trop tard : et notre unique préoccupation doit être de calmer ses douleurs, parfois atroces. Nous disposons pour cela de beaucoup de moyens.

Le procédé vulgaire, qui consiste à appliquer des cataplasmes sur l'oreille malade, est différemment apprécié. Gruber accuse ceux-ci de produire uue irritation de la peau du pavillon et de la région mastoïdienne ; Urbantschisch, tout en admettant, comme l'a montré von Tröltsch, qu'ils puissent parfois déterminer des altérations du tympan, ordonne assez volontiers les cataplasmes modérément tièdes qui souvent calment la douleur et procurent au malade une sensation de bien être. Très éclectique, Politzer les ordonne dans les formes légères, et en continue ou suspend l'emploi selon leur action, très variable suivant les individus.

Dans les formes plus douloureuses, il faut s'adresser à la réfrigération ; celle-ci est surtout utile dans le cas d'otite externe diffuse consécutive à des

traumatismes. On applique sur la région mastoïdienne et au-devant du tragus (et non sur le pavillon, ce qui serait inutile) des compresses d'eau froide fréquemment renouvelées, au besoin un sac de glace; une refrigération continue est mieux obtenue par l'application de l'appareil de Leiter, formé d'une série d'anses de tube en caoutchouc où circule constamment de l'eau glacée.

Les sangsues, beaucoup trop abandonnées de nos jours, de l'avis d'Urbantschistch, calment merveilleusement la douleur, à condition de les appliquer au plus tard quarante-huit heures après le début de l'otite; pour qu'elles aient un effet utile, il faut les poser dans une région circonscrite sise au-devant du tragus, s'étendant en avant à un travers de doigt de celui-ci, et limitée en bas au niveau de la naissance du lobule. Quatre sangsues suffisent.

En même temps qu'on agit ainsi à l'intérieur de l'oreille, il est utile d'introduire dans le conduit des substances calmantes. Les bains d'oreille tièdes, souvent répétés, ont ici le même effet sédatif que dans l'otite moyenne aiguë. Gruber verse dans le conduit de la décoction de tête de pavots, additionnée d'un centième de son poids de teinture d'opium. Politzer préfère avec raison la solution faible de lysol à un demi pour cent, qui en même temps assure l'antisepsie du conduit, en prévision des opérations ultérieures qu'on y pourra faire. Il procure une sédation plus marquée en introduisant

dans l'oreille un tampon d'ouate imprégné de la pommade suivante :

Acétate de morphine . .	0 gr. 20 centigr.
Acide borique	1 gr.
Vaseline blanche . . .	20 gr.

Urbantschitsch obtient de très bons résultats en remplissant le conduit avec un magma de glycérine additionnée de quelques centigrammes de poudre de chlorhydrate de cocaïne : une perforation dans le tympan est une contre-indication formelle à ce pansement, qui produirait alors des accidents graves, à cause de la grande puissance d'absorption de la muqueuse de la caisse. Un procédé très commode, imaginé par Gruber qui s'en loue beaucoup, consiste à introduire dans le conduit auditif de petits ovules de gélatine, que ce maître nomme *amygdalæ aurium ;* chacun d'eux contient un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine ; on l'enfonce profondément à l'aide d'une pince dans le conduit qu'on ferme avec un tampon d'ouate, et on l'y laisse fondre. Urbantschistch a encore employé l'huile mentholée au dixième, prônée par Cholewa, mais il n'en a pas retiré de bons effets. En revanche, il vante l'effet sédatif de l'alcool absolu, dont on remplit le conduit plusieurs fois par jour pendant cinq minutes ; l'alcool dégonfle les tisssus en les déshydratant, et fait ainsi disparaître la pénible sensation de tension. Enfin l'électrisation a donné à Urbantschistch de surprenants résultats que ce maître attribue à la

décongestion résultant de l'action vaso-constrictrice qu'elle exerce; il emploie des courants induits faibles, applique une électrode au-devant du tragus, l'autre sur la nuque, et fait, deux fois par jour, une séance de cinq à dix minutes.

Tous ces moyens calment la douleur, mais n'enrayent pas la marche de la maladie.

Une question des plus discutées est de savoir a quel moment il convient d'inciser les furoncles. Chez les sujets que n'effraie pas une souffrance courte mais extrêmement vive, Politzer pratique l'incision précoce avant même que le pus ne soit collecté : il ne s'en écoule que du sang; le soulagement ainsi obtenu est immédiat ; la congestion, la distension cessent ; et une voie est ouverte par où quelques jours plus tard le pus s'écoulera facilement. L'incision doit être faite sur les parties les plus saillantes, ou, à leur défaut, sur le point où le contact de la sonde provoque le maximum de douleur. Dans l'otite externe diffuse, Gruber est aussi très partisan des scarifications précoces et multiples du conduit ; elles soulagent beaucoup le malade et raccourcissent la maladie. Seul Urbantschistch condamne cette méthode, qui est toujours extrêmement douloureuse, et qui, à son avis, ne donne aucun bénéfice appréciable.

A la seconde période de la maladie, quand le furoncle est ramolli, ou que l'otite diffuse a abouti à la formation d'un abcès, l'indication de l'ouver-

ture urgente n'est plus discutable. La collection sera incisée perpendiculairement, sur une étendue d'au moins deux à trois centimètres, et vidée au mieux par des pressions exercées sur le pourtour de l'ouverture extérieure du conduit. On fera ensuite un pansement strictement antiseptique pour empêcher que le pus, inoculant d'autres glandes, ne développe de nouveaux furoncles. Politzer instille dans l'oreille de la glycérine phéniquée au trentième ou mieux de l'alcool boriqué au vingtième ; dans les formes diffuses légères, les insufflations de poudre d'acide borique lui donnent d'excellents résultats. Urbantschistch conseille, si l'abcès est petit, d'en badigeonner trois fois par jour l'ouverture avec de la glycérine phéniquée forte : si au contraire la cavité purulente est étendue, il la tamponne avec de la gaze iodoformée. Lorsque la suppuration est profuse, Gruber introduit dans l'oreille des *amygdalæ* contenant de deux à trois centigrammes de sulfate de zinc ou de cuivre. Il recommande de faire le moins possible d'irrigations, et surtout de ne pas laisser celles-ci à la discrétion du malade ; le point capital est de mettre en œuvre tous les moyens pour maintenir béant le conduit et empêcher la rétention du pus au voisinage du tympan.

L'otite externe, circonscrite ou diffuse, peut donner lieu à un abcès mastoïdien le plus souvent sous-cutané. Voici la conduite que tient Politzer

en pareil cas. Il ne l'incise pas d'emblée ; car l'abcès extérieur, communiquant le plus souvent avec la collection purulente otique à travers une incisure de Santorini, peut alors se vider par l'incision faite dans le conduit. Il tamponne profondément ce dernier avec un bourdonnet d'ouate imbibé de glycérine phéniquée au vingtième, puis il achève de le bourrer avec de la gaze iodoformée. En même temps, il essaie de recoller les parois de l'abcès en exerçant une forte pression sur la région mastoïdienne ; un mince coussinet d'ouate est insinué entre l'apophyse et le pavillon ; une autre couche d'ouate est appliquée sur ce dernier, et un bandage serré le maintient contre la tête. Si au bout de deux à trois jours, malgré ce traitement, le pus continue à s'écouler par le conduit en grande abondance, il faut largement ouvrir l'abcès mastoïdien, puis, l'incision faite, explorer avec le stylet la surface de l'os, et si l'on rencontre des parties cariées, les enlever à la gouge et au maillet. On pourrait, à la rigueur, produire l'anesthésie préalable de cette région avec une injection de cocaïne; mais la douleur qui en résulte est presque aussi vive que la souffrance déterminée par l'incision elle-même.

Gruber attache grande importance au traitement général au cours de l'otite externe ; purgatifs salins répétés, antipyrine, sulfate de quinine etc.

L'otite externe tend chez certains sujets, chez les scrofuleux principalement, à passer à l'état chro-

nique. Dans certains cas, on arrive avec une seule insufflation de poudre d'acide borique à tarir une suppuration durant depuis plusieurs mois. Ce moyen échoue souvent ; Politzer utilise alors avec avantage les bains d'alcool :

Iodol	2 gr. 50 centigr.
Alcool à 90°	50 gr.

ou mieux

Bichlorure de mercure . .	0 gr. 05 centigr.
Alcool à 90°	50 gr.

Souvent le conduit présente des granulations, des ulcérations atones qu'il faut à plusieurs reprises cautériser avec le crayon de nitrate d'argent.

Après la guérison, il persiste encore pendant quelque temps une sécheresse du conduit, qui donne lieu à un prurit assez vif ; le malade se gratte l'oreille et provoque ainsi souvent des récidives. Il faudra recommander de graisser légèrement la peau du conduit avec la pommade ainsi formulée par Politzer :

Précipité blanc	0 gr 50 centigr.
Vaseline blanche	15 gr.

L'otite externe récidive souvent avec une ténacité désespérante ; on cite à Vienne le cas d'un homme qui, dans l'espace de dix-sept ans, eut près de trois cents furoncles du conduit. Cette pullulation a diminué depuis l'application du traitement antiseptique ; cependant, comme parfois on ne trouve l'explication des récidives ni dans

l'état diathésique du sujet, ni dans le défaut de propreté locale, on ne négligera pas de faire attention aux deux points suivants qu'Urbantschistch met volontiers en lumière.

La répétition des otites est parfois entretenue par une petite plaque d'eczéma siégeant à l'entrée du conduit, et qui, le plus souvent, passe inaperçue dans un examen hâtif, étant masquée par les parois du spéculum. Il suffit de la faire disparaître pour obtenir une guérison définitive.

Au cours des suppurations de la caisse, traitées par les insufflations de poudre d'iodoforme, on voit se reproduire avec une fréquence remarquable des furoncles du conduit. Or, comme ni l'huile, ni l'alcool iodoformé n'ont cette action malfaisante, Urbantschistch admet que la poudre d'iodoforme obstrue l'orifice des glandes, et amène ainsi la rétention de leur contenu. Le médecin, qui ignore cette particularité, est loin de soupçonner que le pansement, qu'il considère à juste titre comme éminemment antiseptique, est la seule cause qui entretienne la pullulation des furoncles du conduit.

III. — OTITE MOYENNE AIGUË

La plupart des livres classiques décrivent séparément l'otite moyenne aiguë catarrhale ou séro-

muqueuse et l'otite moyenne aiguë purulente perforative. Pour éviter les redites, je confondrai cependant l'étude de leurs traitements ; la chose, du reste, est de peu d'importance, dans un petit livre qui, comme celui-ci, se contente d'être une source de renseignements, sans prétendre aspirer au rang d'un manuel didactique. D'ailleurs, quand débute une otite aiguë, sait-on toujours si elle sera catarrhale ou purulente ? et les indications thérapeutiques ne sont-elles point alors communes aux deux prévisions ? Ce n'est le plus souvent qu'une question de degré, qui, avec opportunité, proportionne l'énergie du traitement à l'intensité du mal.

Le premier souci du médecin, appelé au commencement de la maladie, doit être de calmer la douleur. La médication analgésique peut être appliquée dans le conduit, à l'extérieur de l'oreille, ou par la trompe.

Le procédé le plus simple, qui est bien suffisant dans les cas légers, consiste à donner plusieurs fois par jour des bains d'oreille, en versant dans le conduit de l'eau un peu chaude. Celle-ci peut être additionnée de substances calmantes, qui doivent être employées à doses fortes ; Politzer introduit dans l'oreille un tampon de coton imbibé du mélange suivant :

Teinture d'opium . . . 3 gr.
Eau distillée . . . . . 4 gr.

ou encore il y verse huit à dix gouttes de :

Phtalate de morphine. . . 0 gr. 20 centigr.
Huile de jusquiame . . 10 gr.

Il n'emploie pas à cette période les solutions de cocaïne, parce qu'il les trouve fort peu efficaces tant que l'épiderme du tympan est intact, et chez l'enfant il les interdit absolument, à cause de la rapidité extrême avec laquelle peut se produire à cet âge l'intoxication cocaïnique. Dans tous les cas, jamais il ne fait durer les bains d'oreille plus d'un quart d'heure; très prolongés, ceux-ci ramollissent le tympan et favorisent sa perforation; cette action secondaire pourra cependant être mise à profit chez les sujets pusillanimes, dont la membrane est très tendue, et qui refusent la paracentèse.

Les instillations de glycérine phéniquée au dixième, qui à la fois calment les douleurs et assurent l'antisepsie du conduit, sont chaudement recommandées par la plupart des auristes; cependant Zaufal les interdit; elles produiraient de la nécrose superficielle des tissus, et transformeraient presque toujours l'otite simple en otite perforative.

L'effet analgésique de ces moyens est insuffisant dans les formes intenses d'otite purulente. Il faut en même temps agir à l'extérieur de l'oreille. Plusieurs méthodes, fort inégalement appréciées par les différents maîtres, réalisent l'effet cherché. 1° Les émissions sanguines, très employées par les anciens, sout surtout recommandés par Gruber, qui applique six sangsues au devant du tragus ou

sur l'apophyse mastoïde, suivant qu'à l'inflammation de la caisse il semble ou non y avoir participation précoce de l'antre mastoïdien ; chez les sujets vigoureux, il fait même la saignée du bras. 2° Les onctions calmantes peuvent rapidement suspendre les douleurs ; Politzer verse trente gouttes d'un mélange à parties égales d'huile d'olives et de chloroforme sur un gateau d'ouate qu'il applique simplement sur l'apophyse mastoïde ; mais il s'abstient de pratiquer des frictions avec ce liniment, ce qui provoquerait facilement un eczéma aigu du pavillon. 3° Le froid, toujours appliqué à l'extérieur de l'oreille (car il est bien convenu une fois pour toutes qu'une goutte de liquide froid ne doit jamais pénétrer dans le conduit), a souvent une action héroïque dans les formes douloureuses les plus aiguës, qu'on applique sur la région mastoïdienne des compresses d'eau froide souvent renouvelées, ou un sac de glace, ou mieux encore l'appareil réfrigérant de Leiter. C'est le traitement qu'institue immédiatement Politzer dès qu'il craint une complication mastoïdienne ; il continue la réfrigération locale, tant qu'elle procure au malade une sensation agréable ; le jour où celui-ci commence à s'en plaindre, il la suspend, car elle est devenue inutile. En revanche, Gruber se montre très opposé à celte méthode, qu'il accuse de refouler le sang de la surface vers la profondeur, de déterminer une hyperémie du cerveau et de ses enveloppes, et de donner ainsi naissance à des

troubles encéphaliques, somnolence, torpeur intellectuelle, céphalée diffuse. 4º Les applications chaudes rallient tous les suffrages ; des compresses trempées daus l'eau à 40º environ, et fréquemment renouvelées, amènent une sédation rapide. Dans les cas où les souffrances sont très vives, et où le malade ne tolère pas le contact du froid — intolérance qui se montre surtout quand, en même temps que l'otite, il existe un catarrhe aigu du nez et de la gorge, — Politzer obtient d'excellents résultats en enveloppant la tête toute entière dans une serviette imbibée d'eau très chaude, qu'il recouvre d'un tissu imperméable, batiste de Billroth ou autre ; il pratique en général trois enveloppements par jour.

Il convient de mentionner ici spécialement le traitement que Zaufal applique indistinctement à toutes les otites aiguës, quand il peut les prendre à leur début. Il a pour base l'emploi de la liqueur de Burow (*argillum aceticum Burowii*). Cette préparation astriugente, très employée en Autriche, a la formule magistrale suivante :

1º Alun cru.	70 gr.
Dissolvez dans :	
Eau distillée.	280 gr.
2º Acétate de plomb crist :	28 gr.
Dissolvez dans :	
Eau distillée.	280 gr.

Mélangez les solutions, filtrez et étendez à 800 grammes.

Zaufal se contente d'une formule beaucoup plus simple :

Alun.	1 gr.
Acétate de plomb.	5 gr.
Eau distillée.	1000 gr.

Il obtient ainsi un liquide laiteux, qu'il fait chauffer à 50°, de manière à ce que se refroidissant pendant la durée du pansement, celui-ci soit à 37° en arrivant au contact des parties malades. On a conseillé d'employer la liqueur de Burow froide sous forme de compresses de Priessnitz ; c'est là une mauvaise pratique.

Voici comment, très minutieusement, ce maître applique ce pansement. Tout d'abord, il désinfecte une fois pour toutes le conduit auditif en le lavant avec un pinceau doux trempé dans une solution de savon, puis en y faisant passer un courant de solution de sublimé chaude. Cela fait, l'oreille ayant été bien essuyée avec de la ouate aseptique, il trempe dans la liqueur de Burow chauffée à 50° un cône d'ouate qu'il enfonce dans le conduit ; un second gateau d'ouate humide est placé entre le pavillon et l'apophyse mastoïde ; un troisième, beaucoup plus grand, recouvre toute la région de l'oreille. Un morceau de baptiste imperméable de Billroth en prévient la dessication ; et par dessus tout, faisant le tour de la tête, passe un large fichu tordu à ses extrémités, de manière à ce que sa partie moyenne embrasse exactement l'oreille. Ce pansement doit être renouvelé toutes les douze heures ;

quand les douleurs auront disparu, le malade le portera encore pendant quelques nuits. Zaufal recommande vivement ce traitement, qui amène la résolution de l'otite aiguë, et même fait avorter les mastoïdites, prises à temps ; depuis qu'il le met en pratique, il fait beaucoup moins de paracentèses du tympan et de trépanations de l'apophyse mastoïde que ses collègues de Vienne. Il est du reste démontré que les applications chaudes, faites sur une région, y augmentent la diapédèse, et par suite y favorisent la phagocytose; telle est probablement la cause de l'excellent effet des applications de liqueur de Burow.

En résumé, malgré toutes les divergences de détails qui séparent les maîtres autrichiens, les deux procédés locaux majeurs qui amènent la sédation des douleurs sont les bains du conduit auditif, et les larges fomentations calmantes faites sur la région extérieure de l'oreille. Dans ces conditions, nous ne pouvons utiliser la merveilleuse action de la cocaïne, puisque celle-ci ne peut franchir la barrière épithéliale du conduit et du tympan. Aussi Politzer a-t-il eu l'idée de la faire pénétrer directement dans la caisse par la trompe. Comme, à cette période, la douche d'air et à plus forte raison le cathétérisme sont sévèrement contre-indiqués, il met à profit, pour l'y faire parvenir, la capillarité tubaire. Il verse dans la narine correspondant à l'oreille atteinte cinq à six gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne tiède et bouillie au dixième ;

il fait ensuite pencher la tête du côté du malade et légèrement en arrière, de manière à ce que la solution de cocaïne arrive à l'orifice de la trompe ; et la sédation, obtenue au bout de quelques minutes, indique qu'elle a pénétré dans la caisse. En même temps, grâce à son action vaso-constrictrice, la cocaïne décongestionne la muqueuse de l'oreille moyenne et hâte la résolution de l'otite. Il va sans dire qu'on ne doit jamais employer ce moyen chez l'enfant.

A cette première période de l'otite aiguë, où tous les efforts thérapeutiques doivent se borner à combattre la douleur, il est également important de préciser ce que le médecin doit faire et ne pas faire. Il ne faut sous aucun prétexte, dit Politzer, introduire un cathéter dans la trompe ; l'irritation que détermine le contact de son bec au niveau du pavillon se propage à la caisse, et augmente l'inflammation ; il ne faut même pas donner la simple douche d'air : l'aération de la caisse à cette période exaspère la douleur. Presque tous les spécialistes viennois partagent cette opinion ; cependant Urbantschistch a remarqué que la douche d'air, par le procédé de Politzer, même donnée à la phase initiale, cause parfois une amélioration remarquable chez certains sujets ; il autorise donc à essayer de ce moyen, à condition d'y apporter de grandes précautions. Doivent être de même proscrits les irritations portées sur la face externe de la membrane tympanique, les nettoyages du conduit au

porte-ouate, et également les irrigations avec la seringue.

Le traitement général est très important. Suivant l'intensité de son otite, le malade gardera la chambre ou le lit, si sa profession le lui permet, prescription du reste fort peu observée par les malades des cliniques viennoises. La dérivation intestinale occupe une place importante dans la thérapeutique de Gruber ; ce maître recommande d'apporter un grand soin dans le choix des purgatifs, et de tenir compte des susceptibilités individuelles, pour écarter ceux qui auraient chance de déterminer des vomissements, dont les efforts ne manqueraient pas de donner un coup de fouet à l'otite. La médication calmante est d'une indication classique ; Politzer se loue de la phénacétine, dont il donne par jour deux cachets de vingt-cinq centigrammes. Urbantschistch vante la teinture de belladone. L'insomnie sera combattue par le chloral ou le sulfonal ; l'opium, qui congestionne l'oreille, est contre-indiqué.

Lorsque, ayant mis en œuvre ces divers moyens, on est parvenu à calmer les douleurs du malade, on se trouve en face d'une nouvelle indication majeure qui résume le traitement de la seconde phase de l'otite : évacuer et tarir la sécrétion accumulée dans la caisse.

Dans les otites muqueuses légères, principalement dans les formes séro-muqueuses, ce résultat

est généralement obtenu par les douches d'air. A quel moment précis l'aération de la caisse, tout à l'heure contre-indiquée, devient elle nécessaire? Dès que la douleur d'oreille a disparu, nous dit Politzer, et à condition que cette manœuvre ne la réveille pas. La douche d'air sera donnée d'abord tous les jours; le cathéter est encore proscrit, comme pouvant amener la réapparition des phénomènes aigus du début. Elle doit être pratiquée en débutant avec la plus grande douceur, puis avec une pression de jour en jour croissante. Pour mieux graduer cette force, Politzer commence souvent par insuffler avec la bouche, à travers un tube de caoutchouc, de l'air expiré humide et tiède; puis, toujours en provoquant l'ouverture de la trompe par la déglutition d'une gorgée d'eau, il se sert de la poire à air, qu'il comprime successivement avec deux, trois, quatre et cinq doigts. La rougeur du tympan et la surdité diminuent parallèlement. Chez le jeune enfant, il n'est besoin ni de poire ni de verre d'eau; l'insufflation avec la bouche à travers un tube de caoutchouc, en maintenant fermée l'autre narine, suffit à bien aérer la caisse, d'autant mieux que le petit malade crie plus fort. Dès que l'amélioration de l'ouïe obtenue par la douche d'air persiste vingt-quatre heures, Politzer ne fait plus venir le malade que tous les deux jours, puis tous les trois jours, et finalement une fois par semaine; mais il continue longtemps ce traitement, et après un repos d'un mois,

le reprend encore pendant quelques semaines.

Dans certaines otites séreuses, où la douche d'air, donnée de la façon classique, demeure sans effet, Politzer recommande une manœuvre assez ingénieuse qui parfois permet d'éviter la paracentèse du tympan, et chasse en masse l'exsudat accumulé dans la caisse. Le malade doit pendant quelques minutes maintenir sa tête fortement penchée en avant et inclinée du côté de l'oreille non malade ; de cette façon tout l'exsudat de la caisse vient s'assembler par la pesanteur au niveau de l'orifice supérieur de la trompe. On donne alors une vigoureuse douche d'air; une amélioration instantanée des symptômes otiques, coïncidant avec la chute dans le nez d'un flocon de mucus, est ainsi souvent obtenue.

J'ai déjà dit que dans le traitement de l'otite moyenne aiguë perforative, Politzer s'oppose à ce que l'aération de la caisse soit faite à l'aide du cathéter; sur ce point, la plupart des auristes autrichiens pensent comme lui. Cependant Gruber est d'un avis diamétralement opposé ; il recommande l'emploi du cathéter, parce qu'avec lui l'air pénètre mieux dans l'oreille moyenne et ne va que là ; au contraire, par l'emploi de la méthode de Politzer, l'air comprimé dans les fosses nasales ne se rend pas seulement dans la caisse mais gagne les sinus ; et la répétition de cette compression engendre des maux de tête et des troubles oculaires.

Dans les cas où l'otite aiguë simple ne cède pas

à ce traitement, et menace de passer à l'état chronique, il a été recommandé d'injecter des solutions médicamenteuses dans la caisse par voie tubaire. Politzer défend sévèrement cette manœuvre ; il la considère comme très dangereuse dans le cas actuel, pouvant ramener les phénomènes aigus du début, et favoriser la transformation purulente de l'exsudat et la perforation du tympan. Il préfère activer la résorption de l'exsudat, soit par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine (tous les matins injection de cinq gouttes de la solution au cinquantième), soit par le massage externe tel qu'il sera décrit plus loin. Mais tous ces procédés indirects échouent souvent ; pour peu que l'exsudat séro-muqueux tarde à se résorber sous l'influence des douches d'air, le meilleur et le plus rapide moyen de le faire disparaître est d'inciser le tympan.

La paracentèse du tympan, comme le dit très justement Urbantschistch, est, malgré ses allures modestes, une des plus belles opérations de la chirurgie moderne, parce qu'instantanément elle supprime les plus violentes douleurs que puisse éprouver un homme, et que souvent elle sauve la vie en arrêtant la marche du pus vers l'encéphale, Mais quand, comment doit-on la pratiquer ? telles sont deux questions assez discutées sur lesquelles je vais essayer de résumer l'opinion des otologistes Autrichiens. Ici va nettement s'affirmer l'opposi-

tion entre l'École de Vienne et l'École de Prague; les Viennois sont partisans de l'opération précoce et fréquente; Zaufal intervient au contraire rarement, et le plus tard possible.

Les indications de la paracentèse varient du reste suivant que l'otite aiguë revêt la forme catarrhale ou la forme purulente.

Dans l'otite aiguë catarrhale, Politzer pratique la paracentèse du tympan : 1° quand, après plusieurs jours de traitement par les douches d'air, l'exsudat de la caisse ne diminue pas; 2° quand, malgré la diminution apparente de l'exsudat, l'amélioration de l'audition obtenue par les douches d'air, se perd en quelques heures. Il en généralise même davantage les indications, car, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un exsudat séro-muqueux abondant, il pratique systématiquement et d'emblée la paracentèse, répétant souvent à ses cours qu'une otite séro-muqueuse intense, surtout si l'exsudat est épais, peut guérir en quarante-huit heures à la suite de l'incision du tympan, tandis que traitée par les simples douches d'air, elle peut durer plus de six semaines. Urbantschistch est également très partisan de la paracentèse; cependant depuis quelques années il tend à en restreindre un peu les indications, ayant remarqué que parfois elles déterminent la transformation purulente de l'épanchement. Zaufal proteste contre ce qu'il appelle la furie opératoire des Viennois. « On « incise maintenant, dit-il, beaucoup trop de tym-

« pans ; on ne connaît plus la marche de l'otite « aiguë, affection paroxystique, qui, comme la pneu- « monie, a une défervescence spontanée le huitième « jour. Sans paracentèse, le malade est complète- « ment guéri en moins de quinze jours ; avec para- « centèse, il traîne pendant plus d'un mois. Et cela « est vrai que l'otite aiguë soit purulente ou non. » Il est juste de dire que par les seules applications de liqueur de Burow chaude, ce maître obtient des résultats surprenants.

Dans l'otite aiguë purulente, Politzer et ses élèves pratiquent la paracentèse du tympan : 1° quand les douleurs ne cèdent à aucun des moyens calmants déjà mentionnés, quand les phénomènes cérébraux commencent à se montrer, et quand la membrane tympanique est fortement bombée par l'exsudat ; 2° et même quand il n'existe qu'un seul de ces trois symptômes, très accentué. Ils répètent la paracentèse autant qu'il est nécessaire, toutes les fois que, l'ouverture se refermant, les symptômes antérieurs reparaissent. Il faut cependant, d'après Politzer, éviter autant que possible la paracentèse du tympan chez les sujets scrofuleux, où elle peut être le point de départ d'une interminable otorrhée.

La technique de l'opération est simple ; cependant deux précautions préliminaires sont en litige ; l'antisepsie préalable du conduit, l'anesthésie du tympan. Ce sont là, dit Politzer, des complications inutiles dans une opération qui doit être sim-

plifiée pour être mise à la portée de tous les médecins ; il suffit que l'instrument employé soit désinfecté. Nous avons vu qu'au contraire Zaufal s'efforce de maintenir le conduit aseptique dès le début du traitement; Urbantschistch se contente de désinfecter l'oreille externe avant l'opération, en y versant de la glycérine phéniquée au vingtième. Quant à l'insensibilisation du tympan, elle n'est pratiquée dans aucune clinique autrichienne ; pour tous ces auristes, la cocaïne est impuissante à agir sur la membrane revêtue de son épiderme ; les malades viennois réagissent du reste si peu à la douleur, que nulle part on ne songe à leur donner quelques inhalations de bromure d'éthyle. Politzer a cependant soin d'examiner chaque fois à la loupe la pointe de l'aiguille à paracentèse, qui doit être parfaitement acérée ; trop souvent, au lieu de couper la membrane, on la déchire, et on produit ainsi une souffrance beaucoup plus vive. Dans tous les cas, la tête du malade ne doit pas seulement être appuyée contre un mur ou un dossier, mais solidement maintenue par un aide intelligent, capable d'en prévoir les mouvements instinctifs.

Politzer fait l'incision avec une aiguille lancéolée; il l'introduit perpendiculairement jusqu'à pénétration de la moitié environ de sa lame, puis il la retire en la relevant un peu, pour élargir l'ouverture; au reste, peu importe que celle-ci soit grande ou petite, elle se referme toujours avec la même rapidité. Gruber préfère inciser la membrane

de haut en bas ; on éviterait ainsi plus sûrement de blesser la corde du tympan. Politzer fait une section verticale, en avant ou en arrière du manche du marteau ; elle doit, toutes les fois que cela est possible, occuper le segment inférieur de la membrane; à ce niveau, en effet, il n'y a dans la caisse aucun organe important qu'on puisse blesser par mégarde ; l'aiguille enfoncée trop loin ne peut que piquer la paroi du promontoire, accident sans aucune gravité. Parfois, cependant, on voit le tympan tout entier prendre brusquement une teinte ecchymotique ; c'est que l'on a accidentellement blessé l'artériole qui chemine sur la convexité du promontoire au voisinage du nerf de Jacobson ; cette hémorrhagie de la caisse est toujours insignifiante. Une seule fois dans sa vie, Gruber a vu une paracentèse du tympan, faite par lui-même, déterminer une hémorragie tellement abondante, qu'à la suite de celle-ci le patient ne put quitter son lit pendant plus d'une semaine.

L'incision faite, on donne quelques douches d'air pour chasser l'exsudat de la caisse à travers l'ouverture de la membrane. Il faut insuffler de l'air aseptique ; très simplement, sans s'encombrer de la poire compliquée de Zaufal avec capsule filtrante, Politzer obtient ce résultat en plaçant à l'orifice de la poire un petit tampon d'ouate, à travers lequel l'air aspiré se dépouille de ses germes. Une autre petite recommandation de ce maître a encore son importance : il est utile, tandis qu'on donne

la douche d'air, de placer dans le conduit une mèche d'ouate qui absorbe l'exsudat à mesure qu'il sort de la caisse et l'empêche d'y être réaspiré après la douche. Quand, à la suite de la paracentèse, la caisse se vide mal par la douche d'air, par suite de la sténose de la trompe, Politzer a depuis longtemps l'habitude d'aspirer les sécrétions avec le spéculum de Siegle.

Cette pratique très simple, et presque universellement adoptée, est vivement combattue par Zaufal, au nom des doctrines bactériologiques. « Jamais de douche d'air, dit-il, dans l'otite aiguë ; « il est inutile de greffer sur celle-ci une infection « secondaire en envoyant dans la caisse les microbes qui se trouvent dans le nez. » Après la paracentèse, il se contente d'éponger le conduit avec de l'ouate aseptique ; et, dans les cas rares où l'exsudat très épais ne sort pas par l'incision, il préfère, à l'exemple de Lucae, le chasser vers le pharynx en donnant une douche d'air dans le conduit.

Dans tous les cas, un pansement antiseptique doit être fait immédiatement après la paracentèse. Urbantschitsch lave abondamment le conduit avec de l'eau phéniquée au centième, puis l'emplit d'ouate trempée dans la glycérine phéniquée au vingtième. Politzer se contente de sécher l'oreille avec de la ouate aseptique, et de tamponner modérément le conduit avec de la gaze iodoformée. Si dans le reste de la journée il ne se produit pas de douleurs, on attendra au lendemain pour changer le pansement.

Si au contraire les douleurs persistent, on l'ôtera, et plusieurs fois dans les vingt-quatre heures on versera dans l'oreille dix gouttes au plus du mélange suivant :

Chlorydrate de cocaïne. . . .	0 gr. 50 centigr.
Acide borique.	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée.	15 gr.

Cette solution, tiédie, sera maintenue un quart d'heure en contact avec le tympan. Il n'est pas nécessaire que le malade, s'il n'était pas couché antérieurement, prenne le lit après l'opération ; il suffit qu'il ne sorte pas de sa chambre. Politzer lui fait quatre recommandations : éviter toute fatigue ; ne boire ni vin, ni bière, ni café, ni alcool ; se bien garer des courants d'air ; et ne pas se laver la figure à l'eau froide. Cependant, dans les formes très aiguës, il est préférable que le patient reste au lit, et se couche sur l'oreille malade, pour faciliter l'écoulement du pus.

La paracentèse du tympan étant faite, le médecin doit surtout assurer l'issue facile de l'exsudat, pour empêcher le retour des symptômes qui l'avaient rendue nécessaire. L'emploi fréquent de la douche d'air remplit cette indication. Politzer la donne à chaque pansement ; il n'y a point à craindre maintenant de presser la poire avec force ; au contraire, plus le courant d'air est vigoureux, mieux la caisse est déblayée. Cette méthode s'est généralisée, malgré l'opposition que lui a faite

Zaufal, dont j'ai tout à l'heure développé les arguments. Gruber a même prétendu que les douches d'air chassent le pus de l'oreille moyenne vers les cellules mastoïdiennes, et peuvent ainsi causer la carie de l'apophyse mastoïde. A cela Politzer répond en invoquant les expériences de Michaël, qui, sur le cadavre, a montré qu'une douche d'air puissante pousse l'exsudat de la caisse vers le conduit auditif et non point dans l'antre mastoïdien ; du reste, dans tous les cas d'otite moyenne on constate à l'autopsie la présence de l'exsudat dans les cellules mastoïdiennes, où il y a pénétré par l'effet du décubitus ; et il n'y a pas pour cela carie de l'apophyse. Néanmoins, Gruber préfère vider la caisse en aspirant l'exsudat par le conduit auditif : et, dans ce but, il a fait construire, il y a une quinzaine d'années, une seringue extrêmement ingénieuse qui va directement puiser le pus à travers la perforation ; on la manœuvre très facilement avec une seule main, et même avec deux doigts.

Lorsqu'il y a otite externe concomitante, les téguments peuvent être tellement gonflés que le pus ne peut s'écouler au dehors ; Urbantschistch place alors dans leconduit nn petit drain de caoutchouc ou un petit tube d'argent, et pare ainsi aux accidents graves que pourrait causer la rétention de l'écoulement.

Pour déterger le pus qui sort à chaque pansement de la caisse, beaucoup d'auristes allemands préconisent le nettoyage à sec du conduit avec des

tampons d'ouate hydrophile. Les maîtres viennois sont généralement opposés à cette méthode, qu'ils accusent d'irriter l'oreille; ils préfèrent de beaucoup les injections détersives que le malade peut faire lui-même. Pendant les premiers jours, Politzer se contente d'irriguer l'oreille avec de l'eau tiède stérilisée; il fait des injections sous pression très faible avec une petite seringue contenant de soixante à cent grammes de liquide, qu'il aseptise très soigneusement. Si l'écoulement est très abondant, il fait au besoin répéter l'irrigation toutes les heures; dans l'intervalle le conduit est bouché avec de la ouate stérilisée. Ces simples lavages, joints aux douches d'air, suffisent dans la plupart de cas à amener la guérison de l'otite aiguë. C'est seulement quand la suppuration résiste à ce traitement, qu'il emploie les solutions antiseptiques; dans tous les cas, il les choisit toujours très faibles, pour qu'elles n'aient pas d'action irritante; il donne sa préférence à l'eau boriquée bouillie; chez l'enfant, la solution de résorcine à trois pour cent est commode, car elle n'a ni goût, ni odeur. Gruber repousse aussi les antiseptiques à odeur forte (acide phénique, lysol) qui ont le grave inconvénient de faire disparaître l'appétit; tant que la suppuration n'a pas d'odeur, il se contente de verser dans un quart de litre d'eau bouillie une cuillérée à café d'alcool boriqué à vingt pour cent.

Très souvent l'ouverture artificielle se referme

ou se rétrécit assez pour que la rétention du pus ramène des symptômes graves ; il faut alors chercher à agrandir l'orifice avec un stylet, ou faire une nouvelle incision qu'on recommencera autant de fois qu'il sera nécessaire. Gruber proteste cependant contre cette manière d'agir, devenue classique ; il recommande à ses élèves d'éviter les paracentèses trop répétées, car elles peuvent ultérieurement déterminer un relâchement du tympan, qui causera des troubles graves de l'ouie ; mieux vaut vider la caisse par d'autres moyens, en particulier par l'aspiration.

Certaines otites purulentes ne cèdent pas à cette thérapeutique rationnelle, méthodiquement appliquée ; il faut alors s'adresser au traitement médicamenteux qui jusqu'ici n'avait pas eu d'indication. C'est à l'acide borique qu'on doit d'abord avoir recours, un médicament parfait des otites, nous dit Politzer, qu'on peut sans crainte mettre entre les mains des malades, et avec qui on n'a pas à redouter les accidents que causaient les astringents, jadis employés. Ce maître l'applique d'après la méthode de Bezold, légèrement modifiée ; après avoir séché le conduit, il insuffle une couche moyennement épaisse d'acide borique pulvérisé, qui recouvre tout le tympan, et pardessus il place un tampon d'ouate ; chaque fois que la poudre est mouillée par le pus, il donne une irrigation et la renouvelle ; la guérison est très pro-

bablement obtenue quand la poudre demeure sèche pendant plusieurs jours.

Gruber préfère se servir d'alcool boriqué faible :

Acide borique.	1 gr.
Eau distillée.	30 gr.
Alcool.	de 5 à 30 gr.

Il laisse ce médicament entre les mains du malade ; mais il fait toujours lui-même la première instillation, car celle-ci peut provoquer parfois une douleur si vive, qu'il faut se tenir prêt, pour l'atténuer, à inonder le conduit d'eau tiède. Plus tard, pour tarir la dernière goutte d'écoulement, surtout quand il s'agit d'un exsudat catarrhal simple, il instille trois fois par jour dans l'oreille dix gouttes du mélange suivant :

Sulfate de zinc. . .	0 gr. 10 à 0 gr. 30 centigr.
Glycérine neutre .	ãã 10 gr.
Eau distillée. .	

Malheureusement l'otite aiguë résiste parfois à des moyens simples ; il faut alors dans chaque cas particulier rechercher la cause locale ou générale qui entretient la tenacité du mal.

Très rebelles sont les cas où le tympan, bombé par l'exsudat, forme un cône saillant, au sommet duquel se trouve une très petite perforation; les douleurs sont presque aussi vives qu'avant la paracentèse, les menaces de complication mastoïdienne, très sérieuses. Politzer obtient alors une sédation presqu'immédiate en faisant d'abondants lavages de la caisse par la trompe, à l'aide d'un

cathéter fortement recourbé auquel il adapte une grosse seringue pleine d'eau stérilisée aussi chaude que le malade peut la supporter. Le lavage est répété une ou deux fois par jour. Dans l'intervalle est appliqué un pansement à l'acide borique sec. La guérison est souvent obtenue en peu de jours.

La suppuration peut encore être entretenue par des granulations fongueuses qui se montrent sur le bord de la perforation ou sur le fond de la caisse : Politzer les touche, après cocaïnisation préalable, avec une goutte de perchlorure de fer liquide pur. En pareil cas, Gruber est partisan du nitrate d'argent, qu'il emploie en solution au dixième, à condition que la perforation tympanique soit large. Il en verse une certaine quantité dans le conduit, l'y laisse quelques minutes, puis en neutralise l'excès avec une solution de chlorure de sodium; mais on détermine ainsi la formation dans la caisse d'un précipité insoluble au chlorure d'argent; il vaut beaucoup mieux, de l'avis de Politzer, enlever l'excès de nitrate d'argent par un courant d'eau distillée. La douleur produite par ce pansement est beaucoup plus vive et surtout plus persistante que celle qui résulte de l'emploi de l'alcool boriqué; aussi faut-il renoncer à se servir du nitrate d'argent si au bout de quelques jours il n'a pas donné de résultat appréciable. Il est du reste un principe que Gruber aime à répéter, et dont le médecin ne doit pas se départir pendant le traitement d'un écoulement d'oreille; c'est

de ne pas s'obstiner à maintenir plus de quinze à vingt jours une médication qui ne donne pas de résultats immédiats, et de modifier souvent sa thérapeutique; il n'est pas rare que, repris après une suspension de quelques semaines, un pansement qui la première fois n'avait pas agi, guérisse rapidement une otite.

En même temps qu'on traite l'oreille, on doit soigner les affections concomitantes du nez et de la gorge qui ont le plus souvent donné naissance à l'otite, et l'entretiennent. Dans les otites intenses, les lavages du nez sont dangereux et doivent être déconseillés. Si le catarrhe naso-pharyngien est à l'état aigu, Politzer formule la poudre suivante, qui doit être plutôt insufflée dans le nez que prisée :

Acide borique	5 gr.
Menthol.	o gr. 05 centigr.
Chlorydrate de cocaïne. . . .	o gr. 05 centigr.

S'il y a rhinite chronique : même poudre, dont il supprime la cocaïne à cause de l'effet fâcheux qu'aurait son emploi prolongé. Dans ce dernier cas, Gruber recommande l'emploi des astringents; il se serait également bien trouvé de badigeonner le pharynx avec des solutions fortes de nitrate d'argent, qui, outre qu'elles diminuent l'infiltration locale, exercent une dérivation utile sur le processus otitique.

Il ne faut pas non plus négliger de modifier l'état général par une médication appropriée. En-

fin, quand inutilement tout a été mis en œuvre, Gruber place son dernier espoir dans le changement d'air ; une guérison rapide peut survenir quand le malade a quitté la ville pour aller demeurer à la campagne ; le séjour dans le Midi pendant l'hiver, l'habitation dans les montagnes en été ont à ce point de vue un excellent effet.

Quand la suppuration a cessé, et que la perforation du tympan s'est refermée, il persiste encore des troubles subjectifs de l'ouïe, surdité, bourdonnements, contre lesquels nous pouvons combiner deux excellentes méthodes de traitement : les douches d'air et le massage.

Les douches d'air énergiques, qui avaient pour but de vider l'oreille moyenne, sont maintenant contre-indiquées ; l'aération de la caisse doit désormais être pratiquée avec une grande douceur, et en observant toutes les précautions énoncées plus haut, à propos du traitement de l'otite moyenne aiguë non perforative.

Le massage est surtout mis en pratique par Zaufal, qui le considère comme la meilleure méthode pour parachever la guérison des otites aiguës, et même des mastoïdites. Tant qu'il existe une perforation, il est inutile ; il ne doit être entrepris qu'après que toute douleur a cessé. Avec le bord radial de l'éminence thénar, on exerce des frictions lentes et soutenues, toujours dirigées de haut en bas, d'une part en suivant le creux parotidien

et le bord inférieur de la mâchoire, d'autre part le long du cou jusqu'au sternum, au-devant du muscle sterno-mastoïdien ; cette direction est celle des vaisseaux lymphatiques émanés de l'oreille. Chaque séance de massage doit durer quinze minutes et être répétée deux fois par jour. Si, au bout de deux semaines, ce traitement, très méthodiquement appliqué, n'a pas amélioré l'audition, Zaufal autorise alors la douche d'air, qu'il recommande de donner avec le moins de force possible.

IV. — OTITE MOYENNE CATARRHALE CHRONIQUE

Ce processus morbide est presque toujours chronique d'emblée. Son point de départ ordinaire est le rhino-pharynx. Après s'y être cantonné pendant un temps parfois très long, il gagne insensiblement les trompes, monte lentement vers l'oreille moyenne, et s'y installe, en y revêtant différentes formes anatomo-cliniques, dont le *catarrhe humide* est relativement la moins tenace. Cavum, trompe, caisse sont ses trois étapes : et il les occupe toutes trois à la fois. Plus encore que les autres formes d'otites, celle-ci n'est pas seulement une maladie de l'oreille, mais surtout une affection de l'ensemble du système naso-tubo-tympanique. Le traite-

ment qui prétendra la guérir devra tenir compte de cette triple association pathologique ; une triple indication en sera donc la base. Il s'adressera au rhino-pharynx, qui a donné naissance à la maladie et l'entretient encore ; il s'adressera à la trompe, qui favorise sa progression ; il s'adressera à l'oreille moyenne, où elle s'est arrêtée.

Dans le nez et le cavum, le traitement devra s'attaquer à des affections chroniques anciennes et tenaces ; tant qu'on ne les aura pas fait disparaître, l'otite moyenne persistera, ou, momentanément écartée, reparaîtra. Mieux vaudrait même pour la guérir soigner le nez seul que seule l'oreille (Politzer). Avant toute chose, il faut supprimer le coryza chronique, réduire l'hypertrophie des cornets, enlever les végétations adénoïdes qui l'ont créée. Et c'est seulement si ce premier résultat est obtenu par des moyens que nous connaissons déjà, qu'on pourra soigner la trompe et la caisse, sans faire de besogne inutile.

Dans la trompe, le traitement aura à rétablir la perméabilité de sa lumière, en provoquant la résolution des infiltrations qui causent le gonflement ou la rétraction de ses parois. Les procédés particuliers, mis en œuvre dans ce but par les médecins viennois, seront décrits plus loin dans un chapitre consacré au traitement des sténoses tubaires.

Dans la caisse enfin, le traitement se proposera d'enrayer le mal, et surtout de prévenir ses conséquences.

Ces trois entreprises thérapeutiques devront être menées de front.

Le traitement du catarrhe humide de la caisse proprement dit répond à trois indications principales : 1° évacuer l'exsudat accumulé dans l'oreille moyenne ; 2° modifier la muqueuse qui le secrète ; 3° enfin supprimer ou atténuer les altérations fonctionnelles consécutives.

1° Le moyen auquel on doit s'adresser tout d'abord pour vider la caisse, est la douche d'air.

D'après Politzer, c'est ici le triomphe de son procédé : dans aucun autre cas il ne donne un résultat aussi « éclatant. » Pour surmonter la résistance des parois tubaires gonflées et accolées, la poire à air doit être vigoureusement comprimée. Cependant, parfois la pression de l'air ainsi chassé ne peut franchir cet obstacle ; Politzer s'adresse alors une première fois au cathétérisme pour ouvrir la route de la caisse ; les jours suivants, la simple douche d'air y passe. En tous cas, ce maître défend l'aération de la caisse par des séances quotidiennes de cathétérisme, méthode très en vogue dans d'autres cliniques : chaque renouvellement de contact du bec du cathéter avec l'embouchure de la trompe est un nouveau traumatisme qui entretient l'inflammation. Il nelève cette interdiction que dans le cas de rétrécissement serré de la trompe. Depuis quelques années, Politzer obtient de meilleurs résul-

tats encore en combinant aux douches la raréfaction de l'air dans le conduit auditif, pratiquée avec le masseur de Delstanche.

Il y a un parallélisme si étroit entre l'augmentation de la distance de l'audition et l'amélioration de l'état local obtenue de cette façon, que l'épreuve de l'ouïe est le meilleur guide dans l'appréciation des résultats du traitement. Politzer prescrit une séance quotidienne d'aération et de massage aussi longtemps que l'accroissement de la distance d'audition obtenu la veille a disparu le lendemain. Dès que celle-ci se maintient, les séances sont progressivement espacées, jusqu'à n'en plus faire qu'une par semaine.

Urbantschitsch, tout au contraire, pense que la douche d'air, donnée suivant le procédé de Politzer, se montre dans l'espèce notoirement insuffisante; elle a à peine la force de décoller les parois tubaires et arrive si affaiblie dans l'oreille moyenne, qu'elle ne mobilise pas l'exsudat; elle serait même incapable non-seulement de guérir, mais même d'enrayer la maladie. Les malades atteints de catarrhe chronique de l'oreille moyenne sont cathétérisés tous les jours à sa clinique.

Bing a recommandé il y a quelques années un procédé nouveau, qui se proposait surtout de rétablir le jeu de la chaîne des osselets; il consiste à pratiquer directement, à travers un cathéter, des oscillations alternatives de condensation et de raréfaction de l'air contenu dans la caisse, à l'aide

d'une poire qui le refoule et l'aspire. Urbantschitsch fait justement remarquer que ce procédé ne peut avoir d'efficacité que si l'on introduit un tube jusqu'au niveau de l'isthme tubaire; car, si l'on se sert seulement du cathéter ordinaire, à chaque aspiration les parois de la trompe viennent s'appliquer sur son embouchure, et l'obstruent. Mieux vaut le masseur de Delstanche.

Chez beaucoup de malades, les douches d'air, données par ces différents procédés, n'arrivent pas à débarrasser la caisse de l'exsudat qu'elle renferme; il faut faire la paracentèse du tympan, et souvent la répéter plusieurs fois. Pour l'Ecole viennoise, et en particulier pour Politzer, l'otite moyenne chronique séro-muqueuse fournit très souvent l'indication de pratiquer l'ouverture de la membrane, beaucoup plus souvent même que l'otite aiguë. La paracentèse s'impose quand après un certain nombre de douches d'air l'épanchement n'a pas diminué; quand, malgré sa diminution apparente, l'audition ne s'améliore pas; enfin dans tous les cas de rétrécissement tubaire infranchissable. J'ai même vu plusieurs fois à Vienne pratiquer la paracentèse avant la mise en œuvre de tout autre traitement, lorsque l'exsudat remplissait la caisse totalité; on cherchait ainsi à gagner du temps.

Urbantschitsch n'est cependant pas partisan de la paracentèse à outrance; car il trouve qu'il n'est pas très rare que, malgré toutes les précautions anti-

septiques prises en pareilcas, l'oreille moyenne suppure les jours qui suivent l'opération. Pour éviter cette complication, il désinfecte préalablement le conduit avec une solution forte et chaude de sublimé; puis, après l'incision, il y maintient un tampon d'ouate imbibé d'une solution phéniquée au vingtième. Il recommande d'inciser le tympan perpendiculairement à la direction de ses fibres radiées, pour que l'ouverture se maintienne béante le plus longtemps possible; on obtiendra le mieux ce résultat en sectionnant la membrane dans son quart postéro-inférieur, perpendiculairement à l'axe prolongé du manche du marteau.

Politzer est plus volontiers interventionniste; il ne partage pas les inquiétudes de ses collègues; et quoiqu'il prenne des précautions antiseptiques suffisantes, mais moins rigoureuses, il n'a presque jamais vu d'inflammation aiguë de la caisse se manifester à la suite de la paracentèse du tympan, bien qu'il la pratique couramment sur des malades qui, par les grands froids de l'hiver, viennent à pied à son ambulatorium, et retournent immédiatement après à leurs occupations. Il est vrai qu'il évite toute irritation consécutive du tympan, ne donne pas d'irrigation, et se contente de placer un bouchon d'ouate phéniquée à l'entrée du conduit. Il ne fait aucun traitement local pendant trois à quatre jours, temps nécessaire à la cicatrisation de la plaie qu'entraverait la douche d'air. Si, après ce délai, l'exsudat se reproduit, il fait de

nouveau la paracentèse, et la recommence autant de fois qu'il est nécessaire. Il est des cas où, la cause de l'otite chronique ne pouvant être supprimée, la paracentèse doit être répétée indéfiniment. Politzer cite le fait d'un de ses malades atteint de paralysie faciale incurable, chez lequel, par suite de la sténose paralytique de la trompe, le mucus normalement sécrété par la muqueuse de la caisse s'accumule dans la cavité tympanique ; pour maintenir son audition à peu près normale, il a dû lui faire, en l'espace de vingt et un ans, une cinquantaine de fois la paracentèse. Il cite également l'observation personnelle d'une jeune fille dont la trompe est oblitérée par une rétraction cicatricielle du voile du palais, et dont le tympan doit être incisé tous les mois, la caisse mettant à peu près ce temps à se remplir et à supprimer l'audition.

Quand l'exsudat a enfin cessé de se reproduire, le malade doit être encore soumis pendant un certain temps à l'emploi méthodique des douches d'air, données par le procédé de Politzer ou par le cathétérisme, juqu'à rétablissement de la fonction auditive, en espaçant progressivement les séances, ainsi qu'il a déjà été indiqué ; à la fin, on n'aérera plus la caisse que tous les quinze jours.

C'est un fait bien connu de tous les auristes, qu'après avoir appliqué ce traitement pendant une période de temps variant de deux à quatre mois, on obtient une amélioration maxima de l'audition qu'on ne peut plus dépasser : et si on continue en-

core la douche d'air, on perd une partie du bénéfice acquis. Il faut donc laisser au malade quelques semaines ou plusieurs mois de repos, qu'il mettra à profit pour soigner plus particulièrement son nez et sa gorge. Pendant ce temps, Politzer suspend tout traitement d'oreille. Urbantschistch cesse le cathéterisme, mais permet au malade de se faire lui-même le Politzer, une fois tous les deux ou trois jours ; dans ce cas, il exige au moins un examen mensuel du tympan, pour surveiller tout particulièrement le quart postéro-supérieur où pourrait se produire, sous l'influence des douches d'air inconsidérément continuées, un relâchement intense de la membrane.

2° Une deuxième indication se pose, très rationnelle en théorie, mais qu'en pratique nous possédons peu de moyens efficaces de remplir : c'est de chercher à modifier la muqueuse de la caisse, pour ramener sa sécrétion au taux normal.

La douche d'air agit déjà dans ce sens, puisque pendant quelques moments, malheureusement courts, elle décongestionne la muqueuse, y active la circulation, et facilite la résorption des infiltrations qui l'épaississent ; elle produit une sorte de massage, auquel Urbantschistch attribue un effet curatif important.

On a voulu agir plus énergiquement, et faire pénétrer dans la caisse, par voie tubaire, des vapeurs ou des liquides médicamenteux.

L'insufflation de vapeurs est un moyen d'emploi facile, et à peu près inoffensif. Politzer a obtenu de bons effets, dans le cas de sécrétion blennorrhéique profuse de l'oreille moyenne, en insufflant deux ou trois fois par semaine des vapeurs d'essence de térébenthine ; il suffit, à chaque séance, de deux ou trois gouttes introduites dans la poire à air. Urbantschistch n'a pas observé d'amélioration objective par ce procédé : mais il le vante comme palliatif, calmant les catarrhes douloureux de la caisse et de la trompe, et surtout utile chez les gens nerveux auxquels il donne la patience d'attendre la guérison. Il ne demande donc à ces corps volatils qu'une action sédative. Il rejette le chloroforme qui a le défaut de détériorer rapidement les poires en caoutchouc ; il rejette aussi l'éther acétique, auquel cependant Politzer s'adresse volontiers, lui reprochant d'être trop douloureux au premier moment ; il s'arrête au mélange suivant.

Ether sulfurique.	90 gr.
Camphre.	10 gr.

A ce propos, ce maître fait à ses élèves une petite recommandation fort utile. Avant de commencer l'insufflation, il faut prévenir le malade qu'il va tout d'abord ressentir dans l'oreille une cuisson vive mais très passagère ; faute de cet avertissement, ce dernier, à qui on a proposé un traitement calmant, éprouvant tout à coup une douleur parfois intense, prend souvent peur, croit que le

médecin a commis une erreur, et retire brusquement la tête, au risque d'être blessé par le cathéter. A cette première impression succède bientôt un soulagement tel qu'il n'est pas rare que dès le lendemain le patient vienne de lui-même réclamer ce traitement.

Que doit-on attendre du procédé thérapeutique qui a priori semble devoir être le plus efficace, l'injection de liquides médicamenteux dans la caisse, par voie tubaire? En réalité, fort peu de chose.

Politzer qui, nous le verrons plus loin, est fort partisan de ce traitement contre l'otite sèche, le considère comme absolument inefficace vis-à-vis du catarrhe humide de la caisse, avec sécrétion abondante; il lui reproche même d'amener souvent une aggravation de la maladie; ces instillations doivent être, dans le cas actuel, réservées pour combattre la sténose tubaire concomitante sur laquelle elles ont vraiment prise.

Avant de juger l'effet de ces instillations, Urbantschistch pose une question préalable; il se demande si les liquides injectés par le cathéter arrivent jusque dans l'oreille moyenne, quand le tympan est intact; à la suite de nombreuses observations, il se croit en droit de nier cette pénétration. Ce problème n'est point facile à résoudre, ce qui explique pourquoi tous les auristes n'acceptent pas la solution qu'il en donne. Voulant vérifier les ex-

périences de Kramer, qui démontrent que jamais, quand le tympan est intact, un liquide chassé vers la caisse ne dépasse l'isthme de la trompe, il arriva d'abord à une conclusion opposée, et vit que, chez les cadavres, les solutions colorées injectées par la trompe pénètrent aisément jusque dans l'antre mastoïdien. Malgré cela, il pense comme Kramer que, chez le vivant, cette pénétration est empêchée par le tonus des muscles tubaires. C'est ce que, du reste, démontre l'observation clinique. On sait qu'à l'état normal la caisse du tympan ne peut contenir que trois gouttes de liquide; une goutte de plus, y pénétrant de force, y produirait une tension extrêmement douloureuse; or, on peut injecter dix gouttes d'eau par la trompe, sans déterminer la moindre douleur d'oreille, ce qui démontre que ce liquide n'est point arrivé dans la caisse. Cette assertion n'est cependant pas absolue, car chez certains malades on pu constater directement, à travers un tympan transparent, la présence du liquide injecté dans la caisse. Néanmoins, il est sage d'adopter les conclusions d'Urbantschistch : que parfois quelques gouttes peuvent pénétrer dans l'oreille moyenne suivant que le bec du cathéter est plus ou moins profondément enfoncé; mais que, dans les cas ordinaires, les soi-disant instillations de la caisse ne sont en réalité que des instillations tubaires.

On réussira souvent mieux à modifier la nu-

trition de la muqueuse de l'oreille moyenne, en dirigeant contre l'état général une médication que bien souvent il réclame, et que les auristes viennois ne rejettent pas en principe, quoique chez presque tous les malades qui fréquentent leurs cliniques, ils se contentent du traitement local. Tous sont cependant d'accord pour vanter l'influence heureuse qu'exerce sur la marche de cette affection l'habitation des montagnes, considérée comme séjour dans un air raréfié ; aussi Politzer et Gruber envoient, toutes les fois qu'ils le peuvent, leurs malades passer l'été dans les Alpes du Tyrol ou du Salzkammergut.

3° L'otite moyenne catarrhale chronique, lorsqu'elle a duré un certain temps, peut laisser après elle diverses altérations persistantes de la caisse. Chacune d'elles réclame un traitement particulier.

Une des lésions consécutives les plus fréquentes, et qui cause de graves troubles de l'audition, est le *relâchement du tympan* : celui-ci se montre surtout quand l'otite a nécessité de nombreuses paracentèses (Gruber), ou encore quand on a imprudemment ordonné au malade de se donner lui-même des douches d'air, sans l'astreindre à une surveillance médicale fréquente (Urbantschistch).

Ce relâchement occupe surtout le quart postéro-supérieur de la membrane ; suivant l'état de la pression intra-tympanique, il se forme une poche qui bombe en dehors ou se porte en de

dans, et vient s'appuyer sur l'articulation incudo-stapédienne, d'où bourdonnements et surdité. Ces derniers symptômes peuvent cependant manquer, car le siège de cette articulation est très variable suivant les sujets, et se trouve parfois au-dessus du niveau de la poche tympanique.

Urbantschistch indique très nettement la conduite à tenir en pareil cas.

Il faut d'abord essayer de prévenir cette lésion; lorsqu'au cours du traitement de l'otite, on voit apparaître dans le quart postéro-supérieur une tache lumineuse, prélude du relâchement, on cesse les douches d'air.

Si le relâchement est effectué quand le malade vient consulter, l'indication thérapeutique est différente suivant la présence ou l'absence de troubles subjectifs.

Si le malade n'en est pas incommodé, on s'abstiendra de tout traitement actif ; on lui recommandera seulement de se moucher le plus doucement possible, en maintenant toujours une narine ouverte.

Cette recommandation doit être encore plus pressante si le patient éprouve des troubles de l'ouïe or, depuis longtemps déjà, il s'est aperçu qu'en se mouchant fortement, il fait momentanément dispa raître sa dureté d'oreille et ses bourdonnements, puisqu'il effectue ainsi un Valsalva qui repousse la poche tympanique en dehors; mais comme il abuse de ce moyen, il arrive un moment ou l'amé-

lioration ainsi obtenue ne dure que quelques minutes. Sous l'influence de ces efforts répétés, le relâchement s'accentue. En pareil cas, Urbantschistch cherche à obtenir la rétraction de la membrane par des badigeonnages au collodion. S'il n'y réussit pas, il détruit toute la partie relâchée du tympan ; car une perforation gêne beaucoup moins l'audition. Cette petite opération est peu douloureuse, le tympan étant d'autant moins sensible qu'il est plus relâché : elle n'entraîne qu'une réaction légère. Mais elle doit être conduite avec la plus grande prudence, car elle se fait en face de la fenêtre ovale, la région la plus périlleuse de l'oreille. Urbantschistch détermine une forte saillie de la membrane relâchée, en donnant une vigoureuse douche d'air ; il met en contact avec elle le bouton d'un petit cautère galvanique qu'il applique froid et chauffe peu à peu, de façon à détruire seulement la partie bombée. Le conduit est ensuite tamponné à la gaze iodoformée. Plus tard, cette perforation se ferme par une membrane cicatricielle mince et bien tendue.

V. — OTITE MOYENNE SÈCHE

Le traitement qui guérira la sclérose de l'oreille moyenne est encore à trouver : c'est la pierre phi-

losophale de l'otologie, dont la recherche préoccupe tous les spécialistes, moins pourtant à Vienne qu'en Allemagne. Politzer définit nettement les tendances et les efforts des médications actuellement en usage; leur but commun, c'est l'atténuation des troubles subjectifs, surdité, bourdonnements, vertiges; leur moyen unique, c'est la mobilisation des osselets. Arrêter la maladie dans sa marche presque fatale est un résultat souvent difficile à obtenir, et dont on s'est souvent contenté. Mais l'otologie a maintenant l'ambition plus haute : elle s'attaque à des lésions locales longtemps considérées comme irrémédiables, et cherche à les supprimer par une intervention directe, enhardie par les remarquables progrès qu'a récemment faits la chirurgie auriculaire.

Pour rendre du jeu à la chaîne des osselets et au tympan, un nombre très grand de méthodes ont été préconisées, qui peuvent toutes se ramener à l'un des trois mécanismes suivants : mobilisation par mouvements passifs ; mobilisation par ramollissement des brides scléreuses ; mobilisation par section ou enlèvement des tissus pathologiques.

La douche d'air réalise très simplement la première de ces tendances; elle mobilise l'appareil conducteur des sons, et rétablit l'équilibre de pression entre la caisse et le milieu ambiant. Chacun la donne à sa manière ; Politzer croit que son procédé est beaucoup plus efficace que le cathété-

risme, recommandé au contraire par Urbantschitsch, surtout en cas de surdité unilatérale. Mais il ne faut pas attendre ici de la douche d'air ces améliorations « éclatantes » dont elle est coutumière dans le catarrhe humide de la caisse. Néanmoins, Politzer recommande de ne pas la pratiquer quotidiennement, mais seulement une fois tous les deux ou trois jours. Dans les cas relativement favorables, l'amélioration de l'ouïe, la diminution des bourdonnements seront très notables les premiers jours, beaucoup moindres les semaines suivantes. Cependant, si après les premières aérations aucune modification en bien ne se produit, il ne faut pas pour cela cesser les douches, car un résultat favorable peut ne se montrer qu'au bout d'un temps parfois long. On interrompra le traitement quand la portée de l'audition, d'abord accrue, demeurera stationnaire, car une prolongation intempestive des douches d'air ferait perdre les avantages déjà obtenus : ce qui, suivant les sujets, arrive au bout de deux à quatre mois. Après un repos assez long, une nouvelle série de douches d'air sera reprise. Dans les formes légères, Politzer conseille de faire cette cure une ou deux fois par an ; pendant un mois environ, le malade se douchera lui-même ; trois jours d'intervalle sépareront les séances.

La mobilisation du tympan est facilitée, et la tension de la chaîne des osselets mieux diminuée encore par une décompression effectuée sur la

surface externe de la membrane ; ainsi agit la raréfaction de l'air dans le conduit auditif. La technique de Gruber est simple ; à la poire à air est adaptée un tube en caoutchouc épais, terminé par une olive ; celle-ci est hermétiquement introduite dans le conduit, tandis que la poire préalablement vidée se regonfle par sa propre élasticité ; à chaque séance, on répète cette manœuvre plusieurs fois de suite. Bing pense que la raréfaction n'a d'action utile que si elle est prolongée ; il place à l'entrée de l'oreille une olive, imaginée par lui et munie d'une soupape, qui permet d'aspirer l'air du conduit par un tube en caoutchouc, et se ferme ensuite par la pression atmosphérique. La raréfaction doit être ainsi maintenue une heure par jour. Politzer se sert du masseur de Delstanche, qui détermine des condensations et des raréfactions alternatives de l'air du conduit auditif, dont on peut à volonté graduer l'intensité. Même dans les formes anciennes d'otite sèche, dit-il, quand on a obtenu par série de douches d'air une augmentation maxima de la portée de l'audition, on peut encore accroître celle-ci dans des proportions notables en employant le masseur de Delstanche.

Un second moyen d'obtenir le résultat désiré consiste à faire pénétrer dans la caisse, par voie tubaire, des substances qui, par leur action généralement irritante, provoquent la résorption partielle du tissu scléreux qui immobilise les osselets et

épaissit le tympan. Ces substances peuvent être employées soit à l'état liquide, soit sous forme de vapeurs. Politzer fait une critique sévère de cette médication. Il fait remarquer, avant toute chose, qu'on ne peut espérer provoquer la régression de ces membranes, que dans les cas où elles sont constituées uniquement par des infiltrations de cellules embryonnaires : or, les patients ne viennent le plus souvent nous consulter que dans les phases avancées de leur surdité, quand les altérations de la caisse ne sont plus formées que de tissu conjonctif adulte. Il ne nie cependant pas que souvent les malades, mêmes aux périodes tardives de leur mal, n'en tirent un certain bénéfice ; mais il se demande si l'on n'est pas en droit d'en attribuer le mérite à l'action de la douche d'air employée pour faire pénétrer ces substances dans la caisse. Quoiqu'il en soit de ces considérations techniques, on ne peut pas refuser de faire profiter le malade de cette médication, si problématique cependant dans ses effets ; dans le traitement d'une affection aussi désespérément tenace, il faut faire feu de toutes pièces.

Sous quelle forme vaut-il mieux faire pénétrer les injections médicamenteuses dans la caisse ? Politzer, s'accordant par hasard sur ce point avec Gruber, préfère les instillations de liquide aux insufflations de vapeurs ; l'effet en est meilleur et surtout beaucoup plus rapide, à son avis, ce qui ne veut pas dire pour cela que les résultats ainsi

obtenus soient très encourageants. Urbantschitsch emploie au contraire uniquement les vapeurs, persuadé que les liquides projetés dans la trompe n'atteignent pas l'oreille moyenne si le tympan est intact.

On peut remplir la poire à air de vapeurs, soit en versant quelques gouttes d'un corps volatil dans son intérieur, soit simplement en puisant avec elle dans l'atmosphère d'un flacon qui est à demi plein. On peut envoyer ces vapeurs dans la caisse, soit par le procédé classique de Politzer, soit même en faisant faire un Valsalva au malade, après qu'il en a aspiré une certaine quantité par la bouche ; à ces procédés Urbantschitsch a raison de préférer l'insufflation à travers le cathéter, qui réduit au minimum les sensations souvent très désagréables produites par le contact des substances volatiles avec la muqueuse naso-pharyngienne.

Les vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque sont encore très en faveur dans les cliniques viennoises. Gomperz, ancien assistant de Politzer, a imaginé pour les produire extemporanément un petit appareil fort simple ; c'est un flacon à demi rempli d'eau, au fond duquel arrive par une tubulure en Y la combinaison de l'ammoniaque et de l'acide chlorhydrique séparément introduits dans chacune des branches. Les vapeurs salines ainsi lavées se réunissent dans la partie supérieure du flacon, où on les aspire avec une poire, pour les insuffler à cinq ou six reprises différentes par un cathéter

dans la trompe. Le chlorhydrate d'ammoniaque a une action irritante souvent mal supportée.

Les vapeurs calmantes sont d'un usage beaucoup plus fréquent ; insufflées dans la caisse, elles ont une action sédative manifeste sur les bourdonnements, principalement chez les personnes nerveuses ; elles sont presque toujours bien tolérées, et ne produisent tout au moins aucune aggravation consécutive des lésions otiques. Politzer se sert volontiers d'éther acétique pur, ou combiné comme il suit :

Ether acétique	ãã 5 gr.
Liqueur des Hollandais	
Teinture d'iode.	0 gr. 20 centigr.

J'ai déjà dit qu'Urbantschitsch préfère l'éther camphré au dixième, et indique les précautions à prendre pour ne pas surprendre le malade par la brûlure passagère que causent ces insufflations.

Les instillations de liquide dans la caisse ont une action certainement plus énergique. Le principe qui les domine est de ramollir les brides et épaississements scléreux qui enserrent les osselets, de façon à leur permettre de se laisser ensuite mieux mobiliser par les douches d'air et le massage. Mais avant tout il ne faut pas nuire. On faisait jadis usage d'instillations de solutions alcalines caustiques, d'acide acétique dilué, en se fondant théoriquement sur l'action qu'ont ces substances de ramollir les fibres du tissu conjonctif. Gruber emploie encore ces corps :

Potasse caustique. . . . 0 gr. 05 à 0 gr. 10 centig.
Eau distillée. . . . . 20 gr.

ou de l'acide acétique très étendu, qu'il instille tous les jours, ou à intervalles plus éloignés, suivant la tolérance du malade. Politzer croit que ces liquides sont toujours nuisibles; et, de plus, ils ne pourraient avoir l'action qu'on leur prête théoriquement qu'à condition d'être utilisés à un degré de concentration tel que l'oreille n'en tolérerait pas le contact. Il conseille de recourir à des liquides non caustiques, qui tendent à ramollir le tissu scléreux plutôt par imbibition que par irritation.

Bicarbonate de soude. . . . . 0 gr. 50 centigr.
Glycérine. . . . . 2 gr.
Eau distillée. . . . . 10 gr.

instiller de dix à quinze gouttes.

Chlorhydrate de pilocarpine. . . 0 gr. 20 centigr.
Eau distillée . . . . 10 gr.

instiller de six à dix gouttes.

Chez les syphilitiques, la solution d'iodure de potassium au cinquantième lui donne de bons effets. En pareil cas, Gruber indique comme très avantageuses les solutions faibles de sublimé :

Bichlorure de mercure. . 0 gr. 01 à 0 gr. 02 centigr.
Eau distillée . . . . . 20 gr.

Politzer est également très partisan des injections massives de vaseline stérilisée, données par la méthode de Delstanche. De toutes façons, dit-il, la durée du traitement est impossible à préciser ; de même que pour la cure par les seules douches d'air,

il faut laisser reposer le malade au bout d'un certain temps, sans quoi l'on risque de perdre rapidement le bénéfice d'audition péniblement gagné; cette période est en moyenne de quatre semaines; souvent, quinze jours de traitement suffisent. Il est mauvais de faire les instillations tous les jours; mieux vaut les alterner avec les douches d'air. Voici comment il conseille de régler les séances.

Premier jour : instillation de liquide.
Deuxième jour : repos.
Troisième jour : douche d'air.
Quatrième jour : repos.
Cinquième jour : instillation de liquide, etc.

Les contre-indications de ces instillations sont nettement précisées par Politzer. On peut dire, d'une façon générale, que plus leur efficacité momentanée est grande, plus sérieux est le danger qu'elles créent pour l'avenir. Ainsi les solutions de potasse caustique, d'acide acétique, provoquent une otite artificielle, aboutissant à un ramollissement du tissu scléreux, d'où une amélioration souvent remarquable de l'audition; mais au bout de quelques semaines succède à cette poussée une rétraction nouvelle, qui aggrave considérablement les symptômes subjectifs. D'autre part, même pratiquée avec des solutions salines inoffensives (bicarbonate de soude, iodure de potassium, etc.) cette méthode est tout à fait contre-indiquée dans les deux cas suivants : 1° quand il y a participation du labyrinthe (ce que Politzer apprécie clinique-

ment par la diminution considérable de la durée du diapason mastoïdien) : ainsi, toutes les fois que l'épreuve de Rinne ne donne pas un résultat négatif franc, les instillations sont tout à fait inutiles ; 2° quand l'otite scléreuse est héréditaire, surtout dans ces formes à début insidieux qui ont produit la surdité sans déterminer aucune lésion apparente des trompes ni du tympan : les instillations sont alors dangereuses.

Gruber a préconisé une méthode qui permet d'introduire des solutions médicamenteuses à doses massives dans l'oreille moyenne, sans avoir recours au cathétérisme : elle lui aurait donné parfois de bons résultats là où les procédés précédents avaient tous échoué. Cette méthode a trouvé dans Politzer un adversaire acharné, qui lui a reproché d'être brutale, douloureuse, de provoquer dans l'oreille moyenne de violentes réactions, et dans le nez une inflammation aigue de la pituitaire. Gruber ne nie pas que des otites moyennes suppurées, avec perforation du tympan, puissent être déterminées par ce procédé ; mais il ajoute qu'elles guérissent toujours aisément, et que parfois elles laissent après elle une amélioration remarquable de l'audition, sans doute par suite de la fonte purulente des synéchies de la caisse. Dans tous les cas, il ne pratique ces injections que quand toute autre thérapeutique a échoué, et non sans avoir préalablement prévenu le patient des dangers qu'il va courir. Il se sert d'une solution tiède de bicar-

bonate de soude ou d'iodure de potassium au centième. Le malade, qui a du immédiatement auparavant nettoyer ses fosses nasales par une abondante irrigation, prend la position du cathétérisme et maintient sa tête appuyée, de telle sorte que le plancher du nez soit horizontal. Le médecin remplit une seringue spéciale de la contenance de cent grammes et introduit dans une narine son extrémité formée d'une grosse olive qui en bouche complètement l'orifice ; l'autre narine est maintenue modérément close avec le doigt. Il pousse alors doucement le piston ; au contact du liquide, le voile du palais se relève instinctivement et ferme ainsi le cavum ; et ce liquide, ne trouvant pas d'issue, force les trompes et monte jusque dans la caisse.

Aucun spécialiste viennois n'a adopté la pratique de Gruber. Nombreux sont cependant les malades qui demandent un soulagement à tout prix, et supplient surtout qu'on les débarrasse des bourdonnements qui les obsèdent. Si la trompe est rétrécie, ceux-ci s'atténuent souvent quand on a rétabli sa perméabilité par la dilatation progressive ; sinon, ils sont justiciables des diverses interventions chirurgicales que je vais indiquer plus loin. Avant d'en venir à ces moyens énergiques, Urbantschitsch cherche à diminuer l'intensité des bruits subjectifs en s'adressant à l'élément nerveux, qui occupe une grande place dans la symptomatologie de l'otite sèche. Tantôt il formule un

traitement interne : soit du bromure de potassium, dont la dose quotidienne ne doit pas être inférieure à trois grammes; soit de la teinture d'aconit, dont on doit prendre deux à trois gouttes, quatre fois par jour ; soit encore du sulfate de quinine, administré suivant la méthode de Charcot, mais qui malheureusement aggrave notablement la surdité. Tantôt il prescrit des inhalations de nitrite d'amyle, conseillées pour la première fois par son ancien assistant Michael (de Hambourg) et surtout efficaces vis-à-vis des bourdonnements intermittents; dans ce cas, il fait tâter la susceptibilité du sujet pour ce remède, en n'autorisant qu'une goutte pour la première inhalation. A ces moyens il joint les insufflations de vapeur d'éther camphré dans la caisse. Le massage, l'électricité lui ont également donné quelques bons résultats. Le massage, qui a ici pour but non pas de favoriser la résorption des exsudats, mais d'éveiller les actions réflexes, ne doit pas être pratiqué de la même façon que dans le traitement de l'otite aiguë ; il doit porter sur le domaine du trijumeau, et en consiste principalement en effleurages et én tapotements effectués sur le front et sur le tragus du côté de l'oreille malade. L'électricité sera appliquée sous deux formes : courants induits, en séance quotidienne de deux à trois minutes de durée, un pôle dans le conduit, un autre sur la partie latérale du cou ; ou mieux encore courants continus, de même durée : pôle positif dans le conduit, pôle négatif indifférent en

un point quelconque du corps, de préférence sur la nuque ; l'intensité de ces courants doit être très faible, et ne jamais dépasser deux milliampères ; elle doit augmenter et diminuer très lentement, sans secousses ; celles-ci aggraveraient singulièrement les bourdonnements.

.

Ainsi sera traitée l'oreille moyenne atteinte de sclérose. Mais le médecin ne doit pas borner là ses efforts thérapeutiques ; ceux-ci seront fatalement impuissants, si, comme dans toutes les affections de la caisse, ils ne s'adressent en même temps aux lésions tubaires et naso-pharyngiennes concomitantes. Dans des pages précédentes, j'ai montré comment on soigne à Vienne les catarrhes du nez et du cavum ; plus loin, je consacrerai un chapitre à l'étude d'ensemble du traitement des sténoses de la trompe. Mais avant de passer à ce sujet, je dois dire quelques mots des tentatives chirurgicales plus ou moins heureuses qui ont été récemment faites pour supprimer les symptômes les plus pénibles de l'otite sèche, en allant directement dans la caisse s'attaquer aux lésions dont ils dérivent. Le courant qui entraîne l'otologie vers ce nouvel horizon, plein de promesses, est moins fort en Autriche que dans les pays voisins ; il serait pourtant injuste d'oublier que certaines de ces opérations, le plicotomie, la synéchotomie de l'étrier, sont nées dans la clinique de Politzer.

La *perforation artificielle du tympan*, qui a pour

but de rétablir l'équilibre de pression entre la caisse et l'air extérieur, ce qui diminue considérablement les bourdonnements, et de permettre aux ondes sonores de frapper directement la platine de l'étrier, ce qui atténue la surdité, est recommandée par Politzer : 1° quand il y a épaississement notable de la membrane par infiltration scléreuse ou calcaire ; 2° quand il y a ankylose du marteau et de l'enclume ; 3° quand il y a rétrécissement infranchissable de la trompe. Elle ne doit être entreprise que si le labyrinthe n'est pas atteint, ce qui se reconnaîtra à la perception normale du tic-tac de la montre appliquée sur l'apophyse mastoïde. Politzer la pratique avec le galvano-cautère, sans cocaïnisation préalable. Le lieu d'élection est la moitié inférieure du tympan. Un petit cautère boutonné est appliqué à froid sur la membrane ; on fait alors passer le courant pendant un instant très court. La cautérisation doit être très rapide pour ne pas détruire le tympan tout entier ; le cautère doit être appliqué et non appuyé sur la membrane, pour ne pas risquer de pénétrer dans le labyrinthe. Le conduit se remplit immédiatement de vapeurs brûlantes, qu'on chasse en soufflant avec la bouche ; comme pansement, de la ouate phéniquée. Les résultats merveilleux obtenus par cette opération sont peu durables, et cessent dès que la perforation s'est refermée ; Politzer a essayé en vain de s'opposer à cette cicatrisation, souvent rapide, en maintenant l'ouver-

ture béante avec un œillet en caoutchouc ; celui-ci est généralement bien toléré, mais, par suite du développement centrifuge du tympan, il est peu à peu repoussé vers le cadre et finit par tomber dans le conduit.

La *ténotomie du tenseur du tympan*, qui commence à perdre la vogue dont elle a joui depuis vingt-cinq ans, est cependant couramment pratiquée par Urbantschitsch et par Gruber. Elle est indiquée quand un enfoncement considérable de la membrane est irréductible par les moyens ordinaires, et s'accompagne de troubles subjectifs intenses. Politzer, qui est peu partisan de cette opération, fait remarquer que l'aspect classique du tympan qui en forme l'indication majeure, peut être réalisé par la rétraction scléreuse des ligaments qui unissent la tête du marteau aux parois de l'attique, sans qu'il y ait raccourcissement actif du tendon. Il la croit cependant utile dans deux cas : 1° quand une amélioration remarquable de l'ouïe, obtenue par la douche d'air, disparaît en quelques secondes, fait qui souvent passe facilement inaperçu, si l'on néglige de pratiquer l'épreuve de l'ouïe immédiatement après la douche ; 2° dans les perforations totales, quand le muscle tenseur n'ayant plus à lutter contre la résistance de la membrane, son antagoniste normale, entraîne fortement en dedans le manche du marteau, et enfonce ainsi l'étrier dans la fenêtre ovale. Urbantschitsch fait cette opération avec un

synéchotome modifié, dont la lame arrondie et coupante sur ses deux bords forme un angle obtus avec la tige qui la supporte ; il opère la section du tendon de haut en bas, et considère qu'elle est complète quand le tympan se meut facilement sous la poussée d'une pression faible, et quand les contractions du tenseur du voile du palais cessent d'influer sur l'audition. Politzer regarde le ténotome d'Hartmann comme le plus pratique de tous les instruments construits dans ce but ; il pénètre dans la caisse en arrière du manche et sectionne le tympan de bas en haut, ce qui facilite beaucoup le manuel opératoire ; un bruit sec en indique la réussite.

La ténotomie du tenseur du tympan a surtout, d'après Urbantschitsch, une action favorable sur les bourdonnements et les vertiges ; le plus souvent, malheureusement, l'amélioration qu'elle entraîne a disparu au bout de quelques temps. Plusieurs fois ce maître a constaté une amélioration extraordinaire de l'audition chez les malades ténotomisés sous le chloroforme, bientôt perdue au bout de peu de jours ; il n'est pas éloigné d'attribuer ce résultat à une hyperacousie momentanée produite par l'action de l'agent anesthésique. Politzer est beaucoup moins optimiste, accusant la ténotomie du tenseur de ne produire que des améliorations passagères douteuses, auxquelles succède souvent une aggravation pouvant aller jusqu'à la surdité totale.

La *plicotomie*, ou section du pli postérieur du tympan, a été proposée en 1871 par Politzer; beaucoup plus inoffensive et plus simple que la ténotomie, elle n'a pas, comme celle-ci, une action secondaire défavorable; l'enfoncement considérable de la membrane avec saillie exagérée du pli postérieur est sa principale indication. Politzer incise avec un couteau à pointe arrondie toute l'épaisseur de ce pli, perpendiculairement à sa direction, et à égale distance de la courte apophyse et du bord postéro-supérieur du cadre du tympan. Si la section n'a pas été faite trop profondément, l'hémorrhagie consécutive est insignifiante, et la corde du tympan n'est pas atteinte.

La *libération du marteau*, par section des synéchies qui le rivent aux parois de la caisse, est une intervention que Politzer pratique volontiers, et dont j'ai pu constater les heureux effets chez plusieurs malades, venus sourds à son ambulatorium et repartis avec une audition très suffisante. Tantôt il fait la section du ligament antérieur du marteau, dans la plupart des cas où ses collègues verraient une indication à une ténotomie du tenseur. D'autres fois, quand l'extrémité inférieure du manche du marteau adhère au promontoire, il cherche à la libérer par une incision en U qui la circonscrit. Mais cette mobilisation du marteau n'a d'effet que s'il n'y a pas simultanément ankylose de l'étrier.

La *libération de l'étrier* semble être une des

meilleures acquisitions de la chirurgie auriculaire ; les diverses méthodes proposées pour la réaliser enregistrent chacune d'excellents résultats à leur actif. A la mobilisation simple, telle quelle est pratiquée surtout en France, Politzer préfère une opération qu'il a imaginée en 1870, et qui depuis lors lui a donné de bons résultats : il l'appelle *synéchotomie des branches de l'étrier :* il y a été conduit en remarquant que l'immobilisation de l'étrier est le plus souvent produite par des synéchies qui unissent ses branches à la paroi inférieure de la niche de la fenêtre ovale. Elle ne doit être entreprise qu'après échec répété des traitements ordinaires, et seulement chez les malades dont la non-participation du labyrinthe au processus morbide s'affirme par une épreuve de Rinne franchement négative, et par la perception normale de la montre au contact de l'apophyse mastoïde. Du reste, généralisant davantage, Politzer pose la règle suivante que l'auriste attentif ne doit jamais enfreindre : tout traitement chirurgical de l'otite sèche est rigoureusement contre-indiqué quand la durée de la perception d'un diapason moyen, appliqué sur l'apophyse mastoïde, est nettement raccourcie. La synéchotomie peut être pratiquée quand cette contre-indication manque ; dans tous les cas, elle doit être présentée au malade comme une tentative d'effet douteux et non comme une certitude de guérison, car elle échoue complètement si l'étrier est immobilisé par une

ankylose avec le pourtour de la fenêtre ovale, condition anatomique impossible à prévoir.

Le malade est opéré dans la position assise. Le premier temps de l'opération consiste à se frayer une route vers l'étrier en pratiquant avec le galvano-cautère une assez large ouverture dans la membrane au niveau de son quart postéro-supérieur, qui découvre ainsi l'articulation incudo-stapédienne. Le champ opératoire est ensuite anesthésié avec quelques gouttes d'une solution bouillie de chlorhydrate de cocaïne. Le malade doit incliner fortement la tête vers l'épaule du côté opposé, de façon à bien mettre en vue la région malade, et à donner au plan de la paroi intérieure de la niche de l'étrier une direction horizontale. On insinue alors un synéchotome, terminé par une petite lame droite arrondie, au dessous des branches de l'étrier, et, par une série de mouvements latéraux, on sectionne les adhérences ; parfois l'opération est complétée par des incisions verticales faites en avant de la branche antérieure de l'étrier, et en arrière de sa branche postérieure. Cette opération est inoffensive, si elle est bien faite ; on a dit que le couteau, poussé trop profondément, pourrait pénétrer dans l'oreille interne, et déterminer l'explosion brusque du syndrome de Menière ; mais ce danger est écarté par la présence d'une dent d'arrêt que porte le couteau à un centimètre de sa pointe, et qui, venant s'appuyer sur la saillie du promontoire,

rend cette pénétration impossible. L'opération faite, Politzer se contente de placer dans le conduit un tampon d'ouate antiseptique, et il renvoie le malade à ses occupations. Le résultat donné par la synéchotomie est parfois excellent, parfois nul ; le plus souvent l'amélioration n'est que passagère ; dans ces cas, on peut sans crainte recommencer l'opération plusieurs fois, car le tissu cicatriciel perd à chaque nouvelle section une partie de sa force de rétraction.

L'extraction totale de l'étrier, proposé par Kessel, Blake, est actuellement condamnée par Politzer ; elle présente des difficultés d'exécution souvent insurmontables ; et, ce qui est autrement grave, elle peut déterminer une inflammation suppurative du labyrinthe, capable de se propager aux méninges.

VI. — RÉTRÉCISSEMENT DE LA TROMPE D'EUSTACHE

Le rétrécissement et l'oblitération de la trompe compliquent très fréquemment l'une ou l'autre des deux formes d'otite chronique qui viennent d'être passées en revue. Tantôt il s'agit d'un simple gonflement catarrhal de la muqueuse ; tantôt, d'une sténose fibreuse par organisation lente d'un exsudat inflammatoire interstitiel non résorbé. La

seconde de ces altérations succède le plus souvent à la première. Où finit l'une, où commence l'autre, c'est ce qu'il est en clinique souvent bien difficile de déterminer; à ce point que certains auristes s'appuient sur la difficulté de ce diagnostic différentiel pour combattre les méthodes prônées dans tel ou tel cas par leurs confrères. Les traitements de ces deux formes se confondent donc en beaucoup de points.

Dans le catarrhe chronique de la trompe, associé à l'otite chronique catarrhale humide, la douche d'air, qui agit si bien contre celle-ci, donne également d'excellents résultats vis-à-vis de la lésion tubaire. Urbantschitsch pense que c'est par une action analogue au massage que la douche d'air modifie la muqueuse tubaire malade. On peut agir encore sur elle d'une façon plus active, en mettant directement en contact avec elle des substances modificatrices : soit qu'on s'adresse aux insufflations de vapeurs térébenthinées qui, poussées dans la caisse, agissent au passage sur la trompe, soit qu'on préfère les instillations de solutions médicamenteuses, qui, dangereuses ou tout au moins inutiles contre le catarrhe humide de la caisse, jouissent d'une efficacité incontestable quand elles s'adressent à la trompe.

Les instillations tubaires doivent donc être faites de telle façon que le liquide ne pénètre pas dans l'oreille moyenne. Urbantschitsch, qui, comme on l'a vu plus haut, nie la possibilité de cette péné-

tration, au moins dans les cas ordinaires, pratique l'injection par le procédé usuel : introduction dans le cathéter mis en place et tenu bien horizontalement, de dix à douze gouttes de solution, et projection de celle-ci par une douche d'air donnée avec peu de force; au même moment le malade fait un mouvement de déglutition pour dilater sa trompe. Politzer prend plus de précautions; le cathéter étant placé et rempli, il fait pencher la tête en arrière et du côté correspondant à l'oreille malade, et ainsi, sans être chassé par une douche d'air, le liquide coule doucement dans la trompe, et y monte par capillarité.

Ce maître recommande les instillations astringentes tièdes :

Sulfate de zinc	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée.	10 gr.

Pour en obtenir les meilleurs effets, il sera bon de les faire précéder pendant quelques jours d'instillations alcalines :

Bicarbonate de soude.	0 gr. 30 centigr.
Eau distillée.	10 gr.

A la clinique d'Urbantschitsch on emploie de l'eau iodée ; on la prépare extemporanément (car elle ne se conserve point) en versant quelques gouttes de teinture d'iode fraîche dans de l'eau tiède, jusqu'à obtention de la teinte de vieux cognac.

Il est préférable de ne pratiquer les instillations

tubaires que tous les deux jours, et de les alterner avec de simples douches d'air. On reviendra à l'emploi exclusif de celles-ci, si la médication iodique est mal supportée.

Lorsque le rétrécissement de la trompe ne guérit pas par ce moyen, chose habituelle quand il existe une sténose ancienne, on doit chercher à le dilater. Cette méthode, jadis pratiquée, puis longtemps délaissée, a été reprise à Vienne par Urbantschitsch, qui fait les plus grands efforts pour la remettre en honneur sous le nom de *bougirung*. Il n'existe pas en Autriche de clinique otologique où ce traitement soit aussi soigneusement appliqué : aussi vais-je tâcher de résumer les principales recommandations que ce maître fait à ce sujet dans ses cours.

La forme à donner aux bougies tubaires n'est point indifférente ; il faut absolument rejeter les bougies coniques, très dangereuses car elles peuvent entamer la muqueuse, et qui de plus ne renseignent pas sur le siège du rétrécissement tubaire, car elles peuvent être arrêtées, suivant le degré de la sténose, à une distance variable de leur pointe. Urbantschitsch n'admet que les bougies cylindriques boutonnées, absolument inoffensives, et dont la tête donne des renseignements exacts sur le nombre des strictures.

La substance qui les doit composer, a aussi grande importance : Urbantschitsch rejette la laminaire,

qui dans plusieurs cas s'est brisée dans la trompe, et a amené de très graves accidents ; l'ivoire, qui se détériore très vite ; l'étain, très doux à la muqueuse, mais trop aisé à briser ; le papier mâché, qui a peu de durée. Il emploie assez volontiers les bougies uréthrales françaises en gomme dure ; mais, quand elles sont un peu usées, le fil de fer central qu'elles contiennent peut être mis à nu, et blesser la muqueuse. Il se sert actuellement de bougies en celluloïd, très douces et très flexibles : à celles-ci on a fait, en l'exagérant toutefois, le reproche assez juste qu'elles peuvent se casser. Aussi faut-il avoir soin d'employer des bougies en celluloïd transparent (écaille blonde) ; chaque jour, on les examine attentivement, et si elles présentent dans leur continuité des petites stries transversales, on les rejette, car elles pourraient se briser en ces points.

Un des plus graves inconvénients du « bougirung » c'est que l'extrémité de la bougie, poussée trop loin, pénètre dans la caisse et y produit des traumatismes. Urbantschitsch affirme que sa méthode met à l'abri de ces accidents, si on se conforme minutieusement aux règles qu'il trace. La mensuration d'un grand nombre de trompes lui a fourni deux points de repère fixes : 1° dans les plus grandes trompes, la distance maxima qui sépare l'entrée de l'isthme est de trois centimètres et demi ; 2° dans les plus petites trompes, la distance minima qui sépare l'entrée du seuil de la caisse est

de trois centimètres et demi. Or, comme les rétrécissements siègent dans l'immense majorité des cas au niveau ou en avant de l'isthme, il faut et il suffit pour que l'extrémité de la bougie atteigne toujours l'isthme et n'atteigne jamais la caisse, qu'elle pénètre à une distance de trois centimètres et demi mesurée à partir de l'entrée de la trompe. Dès lors, rien de plus facile que de prendre ces points de repère : on introduit préalablement la bougie dans un cathéter, et on fait sur son talon un premier trait à l'encre indiquant jusqu'à quel point il faut l'enfoncer pour que sa pointe affleure le bec de celui-ci ; puis, à trois centimètres et demi en arrière du premier, on trace sur la bougie un second trait.

Cela fait, on procède à l'opération de la façon suivante. Le malade est assis, la tête appuyée : on place le cathéter et on donne une douche d'air pour dilater la trompe, puis on introduit rapidement la bougie dans le cathéter, jusqu'au premier trait ; ensuite, on enfonce la bougie lentement, avec une douceur extrême, jusqu'au second trait : si, en chemin, la bougie est arrêté par un pli de la muqueuse, on la retire un peu et on la fait de nouveau cheminer en avant par des mouvements de va-et-vient. Le malade éprouve à ce moment une douleur assez vive, dont le siège renseigne le médecin sur le siège de la bougie. Si l'on n'a pas fait de fausse route, la douleur doit être ressentie dans le fond du conduit ; s'il existe au contraire un point

douloureux fixe sur le côté du cou, au niveau de l'angle de la mâchoire, c'est que la bougie a pénétré non dans la trompe, mais dans le pharynx ; cependant, même dans un sondage bien fait, il peut se produire une sensation vive, commençant au niveau de l'angle de la mâchoire, s'irradiant peu à peu en haut et allant éclater dans l'oreille, au point de faire croire au malade qu'on a rompu son tympan ; c'est la douleur tubaire caractéristique.

La première fois, on ne laissera la bougie en place que pendant un temps fort court ; les séances suivantes devront avoir une durée de deux à cinq minutes. Il est inutile de fixer le cathéter avec une pince de Delstanche ou de Bonnafont. Si la bougie est bien placée, elle maintient elle-même le cathéter ; sinon, celui-ci, une fois qu'on l'abandonne à lui-même, remonte et prend des positions tout à fait anormales.

La bougie sera retirée tout doucement ; si à ce moment elle prend une courbure excessive, c'est qu'elle s'était enroulée dans le pharynx ; si, au contraire, elle ne montre qu'une ondulation très légère, c'est qu'elle était bien dans la trompe.

Il est bon de terminer la séance par une douche d'air ; cependant, on s'en abstiendra dans la crainte de provoquer de l'emphysème, si la bougie présente la moindre trace de sang.

Bien qu'il faille sans cesse la prévoir, cette complication est toute fois si rare qu'elle ne peut

servir d'argument à ceux qui combattent cette méthode de dilatation progressive des sténoses tubaires.

Les bougies qu'emploie Urbantschitsch sont graduées par tiers de millimètre ; le numéro un a un tiers de millimètre de diamètre, le numéro six, deux millimètres. On commence le traitement par une bougie qui traverse le rétrécissement tubaire à frottement doux; après cinq ou six séances au moins, on passe au numéro suivant ; il faut continuer les sondages jusqu'à ce que le numéro quatre traverse librement l'isthme de la trompe.

On a reproché aux bougies leur action irritante, et la douleur d'oreille plus ou moins durable que souvent elles provoquent. Urbantschitsch affirme que cette irritation secondaire manque dans la plupart des cas, si le médecin a acquis par l'habitude une grande dextérité, s'il se sert de bougies lisses en celluloïd, s'il procède avec une sage lenteur, s'il prête enfin grande attention aux phénomènes réactionnels qui varient suivant les individus. La dilatation doit être suspendue si elle détermine de la rougeur durable du tympan, ou cause une otalgie prolongée. Les séances ne doivent pas se répéter pendant plus de quatre semaines ; mais la série devra en être reprise tous les six mois. Pour déterminer l'intervalle qui doit séparer chaque séance, il faut tenir grand compte des sensations éprouvées par le patient. Certains malades préfèrent être sondés tous les jours,

d'autres, tous les deux jours. Une cliente d'Urbantschitsch ne tolère qu'une séance de dilatation par semaine ; aussi, chez elle, le traitement doit-il être continué toute l'année.

Urbantschitsch fixe ainsi, d'une façon quelque peu schématique, les indications et contre-indications du « bougirung ».

1° Il est inutile quand la trompe laisse passer librement une bougie numéro quatre, quelqu'intenses que soient les bourdonnements et la surdité.

2° Il est dangereux, même quand la trompe est considérablement rétrécie, s'il n'existe ni surdité, ni bourdonnements d'oreilles, car l'introduction de la bougie pourrait faire apparaître ces symptômes.

3° Il est nécessaire seulement quand il y a coexistence des troubles subjectifs précités avec une sténose tubaire.

Politzer est beaucoup moins partisan de la dilatation de la trompe, que son collègue ; il est rare que les élèves qui suivent ses cours aient l'occasion de la lui voir pratiquer.

Il ne se sert pas de bougies en celluloïd, qu'il trouve trop cassantes ; il préfère de beaucoup les fines bougies uréthrales françaises en gomme, très flexibles et terminées par une extrémité olivaire ; elles sont si souples qu'elles ne peuvent blesser la muqueuse, et en même temps elles présentent une rigidité suffisante. S'il n'arrive point avec elles à surmonter l'obstacle, il emploie les bougies de baleine, en particulier celles que Suarez de Men-

doza a spécialement fait faire pour la trompe d'Eustache; mais comme elles sont dures et peuvent produire des érosions, elles doivent être conduites avec grande prudence. Si la bougie ne pénètre pas dans la trompe à au moins deux centimètres au-delà du bec du cathéter, il ne faut pas chercher à forcer le passage, de peur de provoquer de l'emphysème, mais introduire une bougie plus fine, et descendre ainsi la filière en s'arrêtant au numéro qui passe à frottement doux. Politzer fait remarquer que la trompe forme assez souvent un coude à l'union de ses segments osseux et cartilagineux, lequel arrête la bougie, et peut faire croire à un rétrécissement, qui n'existe cependant pas. Cette erreur a été plus d'une fois commise; tels seraient les prétendus cas de rétrécissement tubaire sans modification des bruits d'auscultation rapportés par quelques observateurs.

La valeur thérapeutique réelle de ce procédé de dilatation est en somme très discutée. Dans les rétrécissements inflammatoires récents, les résultats obtenus sont favorables : en deux ou trois séances la perméabilité de la trompe est rétablie. Urbantschitsch traite aussi par le « bougirung » le simple catarrhe tubaire; il en pratique à vrai dire le massage en imprimant pendant cinq minutes des mouvements de va-et-vient à une bougie boutonnée introduite dans la trompe; et il pense qu'outre son action résolutive évidente, cette manœuvre améliore encore l'audition par une in-

fluence dynamogénique qui, recueillie par les nerfs de la trompe, irait s'exercer au niveau du centre auditif. Mais, dans certains cas, le gonflement de la muqueuse est si prononcé que la sténose tubaire est complète ; Politzer introduit alors jusqu'à l'isthme des bougies de corde à boyau, préalablement trempées dans une solution de nitrate d'argent au dixième, puis séchées ; il les laisse dans la trompe pendant cinq minutes au plus, car un séjour plus prolongé pourrait déterminer une otite aigue. Quatre cautérisations suffisent ordinairement pour rendre la trompe ultérieurement perméable aux douches d'air.

Quant aux rétrécissements fibreux, ils ne bénéficient que fort peu de la dilatation temporaire progressive ; Politzer, très pessimiste à leur égard, pense que les améliorations remarquables publiées par certains auteurs concernent des cas de simple infiltration embryonnaire des parois tubaires, susceptible de résorption spontanée. Pour lui, il ne faut jamais en pareil cas espérer une guérison absolue. Dans les conditions les plus heureuses, il faut passer des bougies pendant un grand nombre de semaines pour rétablir la perméabilité de la trompe ; mais le résultat ainsi acquis est peu durable. Bientôt le rétrécissement se reproduit et le traitement doit être recommencé. Ces séries successives de dilatation ont de moins en moins d'effet, car le processus scléreux s'étend progressivement, et gagne à la longue

l'oreille moyenne. Certains malades même ne supportent pas le passage des bougies qui augmente considérablement leurs troubles subjectifs. Aussi, quand la dilatation ne donne aucun résultat, Politzer pense qu'il est beaucoup plus simple, pour faire cesser les bourdonnements, de rétablir l'aération de la caisse en faisant au galvano-cautère une perforation du tympan.

VII. — OTITE MOYENNE PURULENTE CHRONIQUE

Les malades qui, de guerre lasse, viennent consulter le spécialiste pour une otorrhée durant souvent depuis de longues années, sont loin de soupçonner la terrible gravité du mal qu'ils portent avec insouciance. Dites-leur que qui les guérira, leur sauvera la vie, ils ne vous croient point. Ils ne s'inquiètent pas du tout de ce qu'ils ont; ils en sont tout au plus incommodés. Aussi, très naturellement, demandent-ils au médecin de les guérir bien vite, et de les débarrasser de ces deux petites choses qui les ennuient : l'écoulement de l'oreille et la dureté de l'ouïe. En pareil cas, l'auriste qui sait à quoi s'en tenir sur la ténacité et la gravité de la maladie qu'il va avoir à combattre, peut se trouver fort gêné, ne pouvant dire la vérité au malade et ne voulant cependant

point lui laisser son illusion. Les conseils de Politzer le tireront d'embarras, en lui fournissant la réponse aux deux questions qu'il se pose à lui-même.

Peut-on promettre au malade l'amélioration certaine de l'ouïe ? Avant tout, on interrogera l'état du labyrinthe, et si l'épreuve de Rinne est franchement positive, si l'acoumètre et à plus forte raison la montre appliqués sur les os du crâne ne sont pas perçus par l'oreille affectée, on répondra négativement. On préviendra encore le malade que peut-être même entendra-t-il moins bien quand l'écoulement d'oreille sera tari ; car le tissu conjonctif de nouvelle formation qui enserre les osselets et leur permet encore un peu de jeu tant que le pus qui l'infiltre lui laisse sa souplesse, pourra les immobiliser quand, après guérison de l'otite, il se rétractera en devenant plus sec.

Peut-on prédire au malade la durée probable du traitement ? Non, mais on peut cependant jusqu'à un certain point prévoir quelle sera la ténacité de la suppuration. Peu importe sa durée antérieure ; des otorrhées, dont le début remonte à dix ou quinze ans, peuvent céder en quelques semaines à un traitement bien conduit. On a deux autres points de repère avantageux et qu'on ne doit pas laisser de côté, en supposant bien entendu qu'il n'existe pas quelque grave lésion osseuse, affirmant à première vue la gravité de la maladie. Avant toute intervention, on puisera

avec un tampon d'ouate une goutte de pus au niveau de la perforation et on en sentira l'odeur : plus grande sera sa fétidité, et plus difficile à obtenir sera la guérison. On examinera ensuite ce pus au microscope : les streptocoques sont d'un pronostic beaucoup plus défavorable que les autres microbes pyogènes ; et la présence du bacille tuberculeux est une certitude d'incurabilité.

Dans tous les cas, on laissera entendre au malade qu'il est atteint d'une affection sérieuse, de longue durée, et dont la guérison dépendra en grande partie du soin qu'il apportera à son traitement.

Cela dit, le médecin doit avant tout assurer l'évacuation parfaite des sécrétions purulentes amassées dans la caisse du tympan ; car le pus qui y stagne en contact permanent avec l'air, subit des altérations fermentatives qui le rendent irritant pour la muqueuse ; celle-ci peu à peu s'ulcère, l'os sous-jacent mis à nu se nécrose ; et des complications en résultent qui souvent causent la mort.

Pour vider la caisse, nous disposons de divers moyens, dont le plus simple est sans contredit la douche de Politzer ; c'est aussi le procédé le plus généralement adopté, malgré l'opposition qu'on a vue formulée contre lui à propos du traitement de l'otite aiguë, et que Gruber et surtout Zaufal réitèrent dans le cas actuel : ce dernier affirme

que la douche de Politzer est un trompe-l'œil, chassant à peine une goutte de pus par la perforation tympanique, tandis qu'en réalité elle envoie dans l'oreille moyenne tous les microbes qui habitent le nez.

Cependant, de l'aveu même de son inventeur, la douche de Politzer est incapable de nettoyer la partie supérieure de la caisse, et de pousser à travers la perforation le pus accumulé au niveau de l'orifice de l'antre mastoïdien. Deux autres moyens la remplacent alors avantageusement, auxquels Politzer accorde une égale confiance : on peut insuffler directement de l'air à travers un petit tube de caoutchouc souple introduit par le conduit dans l'ouverture du tympan ; on peut encore aspirer le pus par le conduit ; Politzer pratique très simplement cette manœuvre, qu'il recommande chaudement, avec le spéculum de Siegle. On pourait encore utiliser la petite seringue aspiratrice de Gruber, déjà mentionnée, et dont la fine canule coudée va directement puiser le pus dans la caisse à travers la perforation.

Le nettoyage de l'oreille, ainsi exécuté, est très imparfait ; les douches d'air ne chassent pas tout le pus ; et, du reste, celui-ci s'accumule dans le conduit, d'où il faut l'enlever à l'aide d'injections.

Ce lavage du conduit, d'usage courant, exige quelques précautions sur lesquelles les auristes viennois ne jugent pas inutile d'insister beaucoup ; Politzer cite à ses élèves le fait devenu

classique, et déjà ancien, d'un enfant mort de méningite traumatique à la suite d'une injection violente qui avait entamé l'oreille interne; et Urbantschitsch fixe leur attention sur un cas, tiré de sa pratique personnelle, ayant trait à une jeune femme chez qui un lavage immodéré détermina l'explosion d'accidents hystéro-traumatiques du labyrinthe; la malade, atteinte d'un syndrome de Menière intense, ne put reprendre ses occupations qu'au bout de plusieurs mois. La seringue à employer doit être petite et avoir une capacité de cent grammes au plus. Jamais on n'en laissera l'extrémité nue; mais on garnira celle ci d'un tube de caoutchouc, changé à chaque malade, ou mieux d'une canule mince et très souple, qui permettra un meilleur nettoyage de l'oreille, pouvant ainsi franchir les rétrécissements du conduit, pénétrer même dans la caisse à travers la perforation, et en détacher et ramener des amas épithéliaux fétides. Certains malades présentent une telle disposition aux vertiges que sous l'action d'un lavage d'oreille ils s'abattent comme une masse. Pour les mettre en garde contre une pareille surprise, Urbantschitsch recommande à ses élèves : 1° de s'enquérir avant tout des antécédents du malade : est-il sujet au vertige ? lui a-t'on fait des injections dans l'oreille ? et les a-t-il bien supportées ? 2° d'employer de l'eau assez chaude, à plus de trente degrés ; 3° de ne pas se servir d'eau pure, mais de la solution physiolo-

gique de sel marin au centième ; 4° de pousser le liquide avec une grande douceur ; 5° de diriger le jet en bas et en avant, le plus loin possible de la fenêtre ovale ; 6° et surtout, dès les premières gouttes injectées, de s'interrompre pour demander au malade si la tête lui tourne. Si l'étourdissement se produit, Politzer le fait immédiatement cesser, soit en donnant une douche d'air, soit même encore en faisant de la raréfaction dans le conduit avec le spéculum de Siegle.

Le vertige est généralement produit par le choc trop intense d'un liquide trop froid sur la paroi interne de la caisse ; mais cette cause n'en est pas la seule ; un malade d'Urbantschitsch présentait des accidents vertigineux intenses dont le point de départ se trouvait dans la peau du conduit, car il suffisait, pour les faire cesser, de protéger ses parois par un spéculum pendant la durée de l'injection. Enfin, quelques malades éprouvent du vertige quoi qu'on fasse, chaque fois qu'on lave leur oreille ; il faut, en ce cas, cesser complètement les irrigations et pratiquer le nettoyage à sec (Politzer).

Une autre précaution, bien plus importante, et généralement très négligée, est l'asepsie ; telles qu'elles sont encore pratiquées par beaucoup de médecins, les injections d'oreille faites avec une seringue quelconque et de l'eau ordinaire « entretiennent presque indéfiniment l'otorrhée » (Politzer). La seringue dont on se servira doit être stéri-

lisée et par conséquent stérilisable. Il en est de même pour l'eau ; c'est une erreur de croire que celle-ci est désinfectée par les substances antiseptiques qu'on y ajoute, aux doses faibles que supporte la muqueuse de l'oreille moyenne ; l'eau n'est inoffensive que si elle a été stérilisée, ce qui en pratique sera bien suffisamment obtenu par l'ébullition à 100°. Pour réaliser facilement cette asepsie, Politzer conseille au malade, qui doit se soigner lui-même, de faire bouillir d'avance une grande quantité d'eau filtrée, qu'il conservera dans des bouteilles propres, bien bouchées avec de l'ouate, et qu'il réchauffera avec un peu d'eau bouillante au moment de s'en servir.

Une dernière précaution, presque aussi utile, est de sécher très soigneusement l'oreille qui vient d'être lavée ; les pansements n'agissent sur la muqueuse qu'à cette condition. Eponger l'excès de liquide à l'aide d'un petit tampon d'ouate, extemporanément préparé avec des doigts infectés et monté sur une pince ou une tige porte-coton, ainsi que cela se pratique journellement, est une très grave faute. L'oreille doit être séchée soit avec des cônes d'ouate, préparés d'avance, stérilisés et conservés dans des flacons bien clos jusqu'au moment de s'en servir (Urbantschitsch), soit avec de petits morceaux de gaze au sublimé, saisis avec des pinces flambées (Zaufal). Politzer sèche encore parfois la caisse en y insufflant de l'air chaud à l'aide d'une poire munie

d'une fine canule, ainsi que le font les dentistes pour les dents à obturer. Quand le pansement est terminé, Urbantschitsch ferme le conduit avec une languette de gaze iodoformée, dont le contact avec la muqueuse malade est beaucoup plus doux que celui du coton hydrophile ; et il complète l'obturation avec un tampon d'ouate, qui masque l'odeur de l'iodoforme.

Ce nettoyage de l'oreille, fait avec les plus minutieuses précautions antiseptiques, et répété autant qu'il est nécessaire, de deux à quatre fois par jour, suffit dans beaucoup de cas à amener la guérison d'une otorrhée déjà ancienne, qu'éternisait uniquement le défaut de soins rationnels. Il est cependant parfois impuissant à débarrasser complètement la caisse, et demeure ainsi inactif. On obtient alors de merveilleux résultats en lavant la cavité du tympan par la trompe. Politzer est grand partisan de ce moyen qui améliore très vite des otorrhées rebelles, qui parfois fait disparaître des symptômes de signification grave, tels que maux de tête, tics du facial, etc., et qui a même pu provoquer la régression des granulations de la caisse. Il agit surtout par son action mécanique, en délogeant de toutes les anfractuosités de l'oreille moyenne des masses cholestéatomateuses qui résistent aux irrigations faites par le conduit. Aussi suffit-il de le pratiquer avec de l'eau simple stérilisée, aussi chaude que possible, ou mieux avec la solution de chlorure de sodium à un pour cent

(Urbantschitsch); l'irrigation doit être donnée en masse, avec une grosse seringue, à travers un cathéter large et très recourbé pour pénétrer le plus haut possible dans la trompe; le malade maintiendra sa tête horizontale, et, comme une certaine quantité du liquide descendant dans la gorge pourrait tomber à travers la glotte, il fermera son larynx pendant toute la durée du lavage en émettant un son aigu (Urbantschitsch). Certaines circonstances peuvent empêcher l'introduction du cathéter : Politzer exécute alors ce lavage transauriculaire de dehors en dedans, du conduit vers le pharynx, mais après s'être préalablement assuré de la perméabilité normale de la trompe ,sans laquelle l'eau sous pression, ne trouvant pas d'issue, envahirait le labyrinthe.

Une méthode qui a beaucoup de partisans en Allemagne, est le traitement sec de l'otorrhée ; elle a pour base la suppression de tout lavage. Le nettoyage de la caisse et l'enlèvement du pus se font uniquement avec la douche d'air et les tampons d'ouate. Ce traitement est peu recommandé à Vienne ; Politzer et Gruber font remarquer avec raison que comme il ne peut être appliqué que par un spécialiste exercé, et qu'il est parfois nécessaire qu'il soit répété deux fois par jour, il est impraticable pour la majorité des malades. Politzer ne lui concède que deux indications : 1° dans les cas, rares du reste, où les lavages aseptiques augmentent notablement la suppuration ; 2° quand les injec-

tions, même poussées sans force, amènent constamment du vertige. La fétidité du pus, l'existence de polypes ou cholestéatomes, les soupçons d'une carie osseuse le contre-indiquent absolument.

Il va sans dire que la douche d'air, les lavages par le conduit ou la trompe ne pourront débarrasser la caisse des sécrétions qui s'y accumulent qu'autant que celles-ci trouveront une issue facile. Urbantschitsch insiste beaucoup sur cette condition majeure. Tantôt une otite externe concomitante réduit la lumière du conduit ; ce maître pratique alors un véritable drainage en y maintenant un tube de caoutchouc ou une petite canule d'argent. Tantôt l'obstacle vient du tympan dont la perforation ne permet pas l'évacuation facile du pus, parce qu'elle est trop haut située, ou parce que son diamètre est trop faible ; il faut alors pratiquer une large contre-ouverture dans le bas de la membrane.

Tel est le traitement le plus simple, le traitement aseptique de l'otorrhée ; c'est en quelque sorte un traitement expectatif, qui se contente de supprimer les irritations et les infections secondaires, d'éviter la rétention du pus, et de laisser le soin de la guérison à l'organisme, en se contentant de ne point entraver ses efforts. C'est le procédé à employer de prime abord en face d'un cas d'otorrhée simple, jusqu'alors non traité ou mal soigné. Mais souvent il restera sans effet : il sera alors in-

diqué d'appliquer à l'oreille la méthode antiseptique.

Celle ci consistera d'abord à mêler à l'eau de lavage des substances microbicides.

L'eau boriquée saturée, utile dans les suppurations aiguës de l'oreille, est à peu près inactive contre les vieilles otorrhées. Politzer en réserve l'emploi pour les lavages tubaires, parce qu'elle n'a ni mauvais goût, ni action toxique, et peut être sans inconvénient avalée par mégarde par le malade. Dans ce même but, Urbantschitsch recommande vivement la solution concentrée de tétraborate de soude (boro-borax), aussi inoffensive et plus active que l'eau boriquée ; il reproche cependant à ce corps de cristalliser en aiguilles très fines, qui amènent à la suite du lavage d'intolérables picotements : on peut, du reste, éviter cet inconvénient en enduisant préalablement de vaseline le conduit et le pavillon.

La créoline est au contraire fort efficace, surtout pour faire disparaître très rapidement la fétidité de l'écoulement ; Urbantschitsch en verse de cinq à dix gouttes dans un litre d'eau. Mais l'émulsion ainsi obtenue a deux inconvénients : elle cause au malade une cuisson pénible, et elle encrasse rapidement les seringues.

Politzer préfère le lysol, qui jouit actuellement à Vienne d'une vogue peut-être excessive. Le lysol, comme la créoline, doit son action antiseptique à la présence du crésylol. Lysol et créoline sont deux

microbicides puissants et de toxicité insignifiante, ce qui permet de les employer sans crainte chez les enfants et les vieillards. Mais l'un est très supérieur à l'autre. Le lysol, savon liquide, obtenu en saponifiant l'huile de goudron par un carbonate alcalin, est un produit défini ; la créoline est un produit impur, de composition très variable suivant son lieu de fabrication. Le lysol est soluble dans l'eau, qu'il ne trouble pas, sauf si elle est calcaire ; la créoline, complètement insoluble, forme avec l'eau, une émulsion blanche opaque, qui empêche l'examen des sécrétions ramenées par le lavage. Le lysol a un pouvoir bactéricide supérieur à celui de la créoline; il joint à cela sa qualité de savon qui lui assure une action intime sur les matières organiques. Enfin le lysol est beaucoup mieux toléré par l'oreille que la créoline. Une émulsion de deux gouttes de créoline dans un demi-litre d'eau cause une assez vive douleur ; trente gouttes de lysol dissoutes dans cette même quantité de liquide impressionnent à peine la sensibilité de la muqueuse. C'est pour toutes ces raisons que la solution de lysol à un demi pour cent est couramment employée à la clinique de Politzer pour les lavages antiseptiques de l'oreille.

La résorcine, en solution à deux ou trois pour cent, est surtout avantageuse chez les enfants, car elle n'a ni goût, ni odeur.

L'acide salicylique à deux ou trois pour mille est peu avantageux à cause de la réaction vive qu'il

détermine et de l'action irritante qu'il a sur la peau du conduit.

L'essence de térébenthine (vingt gouttes par litre d'eau tiède) est spécialement recommandée par Politzer dans les cas où la suppuration est abondante et plutôt muqueuse que purulente.

Quand ces diverses solutions antiseptiques ne parviennent pas à supprimer la fétidité du pus, il est utile de s'adresser au sublimé. Les avantages de cet antiseptique sont très discutés. Pour Zaufal, c'est incontestablement le plus puissant de tous les microbicides ; et cet auriste traite systématiquement les otorrhées par les lavages externes ou tubaires avec la solution chaude de sublimé au six-millième. Urbantschistch lui dénie au contraire toute utilité ; c'est, dit-il, un agent précieux pour faire l'antisepsie momentanée de l'oreille avant une opération, mais il n'a qu'une action toute passagère, car il précipite l'albumine du pus pour en former un albuminate de mercure insoluble et inactif. Politzer emploie cependant assez volontiers le sublimé, mais il le réserve au seul cas d'otorrhée ancienne et tenace avec suppuration fétide ; il le défend chez l'enfant, qui pourrait aisément s'intoxiquer en avalant ce qui tombe dans le pharynx par la trompe, il l'interdit même pour cette raison chez l'adulte, quand la trompe est largement béante ; dans tous les cas, les solutions de sublimé ne doivent jamais être ordonnées pendant plus d'une semaine; et si, avant l'expiration de ce délai

la mauvaise odeur a disparu, il faut immédiatement en cesser l'usage. La solution au millième est la plus concentrée que tolère l'oreille ; les chirurgiens viennois la préparent extemporanément en faisant dissoudre dans un litre d'eau bouillie une pastille composée de :

Bichlorure de mercure.	ãã 1 gr.
Chlorure de sodium.	
Eosine.	Q. S. pour colorer.

En cas d'échec, on s'adressera au sel Alembroth (mélange d'une partie de sublimé avec quatre parties de sel ammoniac).

Sel Alembroth.	5 gr.
Eau bouillie.	un litre.

L'utilité des lavages désinfectants est incontestable ; cependant ceux-ci n'ont qu'une action toute momentanée ; pour compléter leur effet, il y a tout avantage à maintenir dans leur intervalle un pansement antiseptique à demeure dans l'oreille. Celui-ci peut être fait avec des poudres, des solutions, ou encore avec des gélatines solubles.

L'introduction de poudres médicamenteuses dans l'oreille est une méthode très ancienne, mais qui compte des désastres à son passif ; elle a contribué à justifier le préjugé populaire, aussi enraciné à Vienne qu'en France, qui respecte l'otorrhée comme un émonctoire salutaire. C'est qu'on se servait jadis de poudres astringentes, très peu solubles, qui, obstruant la perforation et même le conduit,

entravaient l'évacuation du pus. Ceci n'est plus à craindre avec l'acide borique. Ce corps, dont l'usage s'est très répandu en Autriche, y est devenu en quelque sorte la panacée de l'otorrhée ; c'est par lui que Politzer commence le traitement de tous les cas de suppuration chronique d'oreille qui se présentent à lui. Il lui trouve tous les avantages désirés : c'est un antiseptique très faible, il est vrai, mais nullement toxique, non irritant, et qu'on peut sans crainte confier au malade qui doit se soigner lui-même. Comme il est très soluble et ne précipite pas l'albumine, il ne produit pas de concrétions dans l'oreille ; Politzer n'a jamais observé l'occlusion du conduit par de gros amas d'acide borique, signalée par les médecins américains (*impacked boric acid*). Il est vrai que dans aucune clinique viennoise on n'emploie l'acide borique en masse, comme le recommande Bezold ; on se contente de saupoudrer en quelque sorte la caisse du tympan en insufflant quelques décigrammes de poudre extrêmement fine, insufflation que le patient peut faire lui-même en soufflant dans un tube de caoutchouc reliant la bouche à l'oreille. Politzer ne connaît pas de traitement de l'otorrhée qui donne d'aussi bons résultats, quoique, à son avis, l'acide borique pulvérisé réussisse encore mieux dans l'otite aiguë (quatre-vingts cas pour cent de guérison dans l'otite purulente aiguë, quarante à cinquante pour cent dans l'otite purulente chronique). Urbantschitsch, qui pourtant ne lui connaît aucun

défaut, en limite plus spécialement l'indication ; il traitait auparavant toutes les otorrhées par ce moyen ; il a reconnu depuis que la poudre d'acide borique n'a d'action curative que : 1° si elle pénètre dans la caisse, 2° si elle y séjourne ; on ne l'emploiera donc que : 1° si la perforation tympanique est grande, 2° si l'otorrhée est peu abondante. Ainsi il est inutile de s'en servir dans le cas de perforation de la membrane de Schrapnell, dont l'étroitesse ne lui permet généralement pas l'accès de l'attique. La poudre d'acide borique ne doit être projetée dans l'oreille que quand la muqueuse malade a été b'en débarrassée du pus qui la recouvre et séchée plus soigneusement encore ; on la maintient en place avec un tampon d'ouate ; et on ne recommence le pansement que quand ce dernier est sali par la sécrétion. Celle-ci ne tarde pas à se restreindre ; dans ce cas, au bout de deux à trois jours, la couche de poudre est encore sèche, ce qui est d'un excellent pronostic : elle forme une croûte qu'il faut respecter avec soin, et dont on attendra la chute spontanée. Quand celle-ci se produit, la muqueuse de la caisse se montre généralement grise, lisse, sèche, sans traces de suppuration. Ce résultat se fait souvent attendre plusieurs semaines ; chez un malade d'Urbantschitsch, le pansement borique desséché resta dans l'oreille pendant plus de six mois. Si pourtant, au bout de quinze à vingt jours, l'acide borique pulvérisé n'a pas modifié l'écoulement d'oreille, il y faut renon-

cer, et passer à une autre médication. Si le pus a quelque odeur, Politzer ajoute à cette poudre un peu d'acide phénique :

Acide borique pulvérisé	5 gr.
Acide phénique pur.	0 gr. 25 centigr.

ou encore de la térébenthine, dans le cas de sécrétion blennorrhoïque profuse :

Acide borique pulvérisé	5 gr.
Térébenthine.	5 gouttes.

En cas d'insuccès de l'acide borique, Gruber lui substitue la poudre de borax, à laquelle il reconnaît cependant une efficacité moindre.

L'iodoforme rend de grands services dans le traitement de l'otorrhée ; mais c'est un agent infidèle, très utile dans certains cas, inutile dans d'autres, sans que son action puisse être prévue. L'iodoforme, dit Politzer, guérit moins d'otorrhées que l'acide borique ; mais il y a des cas qui ont résisté à ce dernier, et qui cèdent à son emploi. Son odeur est malheureusement intolérable ; on la peut masquer pendant quelques heures avec de l'essence de menthe, de la fève de Tonka, etc., mais elle ne tarde pas à reparaître. Politzer a dû, pour cette raison, renoncer à l'emploi de la poudre d'iodoforme, parce que pendant le pansement il s'en répand inévitablement une petite quantité sur les vêtements du malade ; il y a substitué des bougies d'iodoforme agglomérées avec de la glycérine, de la gomme

arabique, et de la teinture de fève de Tonka ; ces bougies ont le diamètre d'une petite plume d'oie ; on en introduit un fragment jusqu'au voisinage de la membrane du tympan, et on l'y maintient avec un tampon d'ouate. Urbantschitsch préfère à la poudre d'iodoforme, qu'il accuse de faire naître des furoncles du conduit, l'émulsion de Mosetig-Moorhof :

Glycérine	20 gr.
Eau.	80 gr.
Iodoforme pulvérisé.	20 gr.
Gomme adraganthe.	0 gr. 20 centigr.

Il en remplit à moitié le conduit, qu'il achève de bourrer avec de la gaze iodoformée ; celle-ci doit être introduite jusque dans la caisse, s'il y a une large perforation du tympan. L'iodoforme est le meilleur topique dont on ait à se servir dans les otorrhées tuberculeuses, et plus généralement toutes les fois qu'on soupçonne une carie.

L'aristol, poudre antiseptique sans odeur, très recommandée par les rhinologistes contre les suppurations nasales, s'est montré tout à fait inactif entre les mains de Politzer.

Beaucoup d'otites purulentes chroniques se trouvent mieux du pansement par les instillations de solutions antiseptiques fortes que par les insufflations de corps pulvérulents. De même que tout à l'heure l'acide borique était le médicament à employer en premier lieu, nous nous adresserons maintenant d'abord à l'alcool boriqué. Politzer

se sert d'alcool boriqué au vingtième, et, en cas d'insuccès ou d'accoutumance de l'oreille, d'alcool phéniqué au trentième, ou d'alcool iodolé au vingtième, ce dernier étant surtout utile dans l'otorrhée tuberculeuse; une ou deux fois par jour, le conduit est rempli de ces liquides, qu'on y maintient pendant un quart d'heure ; si au début la cuisson ressentie par le malade est trop vive, on étend l'alcool de moitié de son volume d'eau stérilisée. L'alcool salicylé doit être rejeté, comme étant beaucoup trop douloureux.

L'eau oxygénée à six pour cent, dont les auristes américains disent grand bien, est fort peu active ; Politzer l'emploie en désespoir de cause quand tout autre pansement a échoué. Elle présente cependant un avantage : mise en contact avec le pus, elle laisse dégager son oxygène, et produit une mousse abondante qui chasse les moindres traces d'exsudat de toutes les anfractuosités de la caisse.

Les solutions phéniquées fortes rendent des services. Urbantschitsch rejette l'eau phéniquée, qui même à deux pour cent n'est pas supportée par l'oreille, et aussi l'huile phéniquée, dont la valeur microbicide est nulle ; il recommande la glycérine phéniquée à trois pour cent chez l'enfant, à cinq pour cent chez l'adulte ; elle est très antiseptique et nullement irritante.

Ces solutions antiseptiques, étant rapidement absorbées par la muqueuse, ont un effet trop passager. Pour prolonger leur action, on a conseillé

de les incorporer à un excipient, tel que la gélatine, qui se ramollit lentement au contact du pus, et agit d'une façon prolongée. Ainsi Gruber se sert avec avantage de ses *amygdalæ aurium* dont il a déjà été question à propos du traitement de l'otite aiguë. Urbanstchitsch a fait composer des tablettes de gélatine antiseptique, qu'au moment de s'en servir il découpe en petits fragments ; il n'en autorise cependant l'emploi que dans les cas d'écoulement rare avec perforation large ; si le pus est abondant, la gélatine l'épaissit au point d'en favoriser la rétention.

Le traitement antiseptique, lorsqu'il est rationnellement appliqué d'après les règles précédentes, suffit dans la plupart des cas à guérir l'otorrhée simple ; mais il demeure inefficace en présence des diverses complications qui souvent s'y joignent, polypes, cholestéatomes, carie ; et, même en l'absence de celles-ci, il peut être sans effet contre certaines formes qui n'empruntent qu'à elles-mêmes leur ténacité : en particulier dans le *catarrhe hypertrophique* (Politzer), où la muqueuse de la caisse prolifère au point d'emplir par son bourgeonnement toute l'oreille moyenne. Il faut alors revenir aux deux méthodes universellement en usage avant l'ère antiseptique : à la méthode astringente et à la méthode caustique.

Les astringents ont été abandonnés à juste titre, parce qu'en se combinant avec les albuminoïdes du

pus, ils formaient des précipités insolubles, s'accumulant dans la caisse malgré les irrigations, et finissant par donner lieu à des corps étrangers qui entretenaient indéfiniment la suppuration : accidents qui ne sont plus à craindre avec les antiseptiques actuellement en usage, les albuminates auxquels ils donnent naissance étant d'une solubilité facile. Parmi tous les astringents, les sels de plomb sont actuellement préférés ; l'argile acétique de Burow, très en vogue à Vienne, est l'objet des prédilections de Politzer. Urbantchitsch se sert de sous-acétate de plomb, à doses croissantes. Il commence par laver l'oreille avec une pleine seringue d'un mélange de trois gouttes, plus tard de six gouttes d'extrait de Saturne dans un demi litre d'eau bouillie ; plus tard il instille trois ou quatre gouttes de ce produit pur dans le conduit pendant cinq minutes. Le liquide ressort en général de l'oreille ayant pris une teinte gris-bleuté ; s'il s'y est formé un précipité noir de sulfure de plomb, il faut porter un pronostic réservé et craindre une carie osseuse. La solution de sulfate de zinc au centième est moins active, mais peut être confiée au malade ; on l'emploiera pure en bain d'oreille d'une durée de dix minutes, répété trois fois par jour. Urbantschistch rappelle que tous les astringents ont une action extrêmement irritante, qu'on cherche du reste à mettre à profit en l'espèce, et qu'ils sont contre-indiqués lorsque l'otorrhée s'accompagne de douleurs, ou lorsqu'elle est traversée de poussées aiguës.

L'alun a guéri des otorrhées qui n'avaient pas cédé aux autres astringents, sels de plomb, de zinc ou de cuivre. Chaudement recommandée il y a quelques vingt ans par Politzer, la poudre d'alun avait été abandonnée par son promoteur lui même, à cause de la facilité avec laquelle elle forme de grosses concrétions insolubles. On a cependant le droit de l'essayer dans les otites hypertrophiques tenaces, à condition qu'il existe une large perforation qui assure la sortie aisée des précipités qui se déposent dans la caisse. Urbantschitsch préfère la poudre suivante :

Acide borique.	20 gr.
Alun cru.	10 gr.

Mêlez et réduisez en poudre impalpable.

Dans tous les cas, l'alun est un médicament qu'à l'encontre de l'acide borique, on ne doit jamais laisser entre les mains des malades.

Les applications caustiques ont une efficacité beaucoup plus grande. Le nitrate d'argent possède une action remarquable pour réduire la muqueuse épaissie, et faire disparaître les granulations qui s'y forment ; rien ne le prouve mieux que l'accord unanime des auristes viennois, que bien peu d'autres médications réussissent à provoquer. Ce corps est indiqué toutes les fois qu'il y a bourgeonnement rapide de la muqueuse de l'oreille moyenne, à condition qu'il existe une large perforation tym-

panique, (Politzer), ou même dans les cas de prolifération modérée, quand la caisse est le siège d'une sécrétion blennorrhoïque intarissable par les moyens usuels (Urbantschitsch). Ses trois contre-indications absolues sont : 1° l'étroitesse de la perforation tympanique ; 2° la présence de masses cholestéatomateuses et même la simple tendance de la muqueuse à la desquamation abondante ; 3° et surtout l'existence d'une carie osseuse, car le nitrate d'argent causerait alors des douleurs épouvantables ; cela est si vrai, que, lorsque chez un malade atteint d'otorrhée en apparence simple, un bain de nitrate d'argent provoque une hémorrhagie même légère et des douleurs violentes dans le crâne ou l'apophyse mastoïde, Urbantschitsch n'hésite pas à porter le diagnostic très probable de carie tuberculeuse du rocher. On s'adressera d'emblée à une solution concentrée au quinzième ou même au dixième. Après avoir lavé et séché le conduit, on y instille à l'essai deux ou trois gouttes ; si le malade n'accuse pas une douleur trop vive, on remplit le conduit, et l'on prolonge ce bain pendant deux, cinq ou dix minutes, suivant qu'il est plus ou moins bien toléré. Deux précautions préalables ont dû être prises : on a enduit de vaseline le pavillon et les régions voisines pour prévenir les taches noires qui pourraient accidentellement s'y produire ; et on tient toute prête une seringue pleine d'eau tiède pour faire une irrigation immédiate, si la première instillation provoquait une

douleur intolérable. Le temps nécessaire étant écoulé, on enlève l'excès de nitrate par un grand lavage à l'eau bouillie ; l'eau salée, généralement recommandée, est d'un effet dangereux (Politzer) comme pouvant former dans la caisse des précipités insolubles de chlorure d'argent. Si la douleur que détermine la cautérisation tarde à s'atténuer, mieux vaut assurer la neutralisation complète de la caisse en y versant une solution d'iodure de potassium à trois pour cent (Urbantschitsch). Au reste, même quand il n'existe pas de carie osseuse, la réaction produite par le nitrate d'argent est extrêmement variable suivant les individus : elle fournit une source d'indications et de contre-indications qu'on ne doit pas négliger, pour fixer la durée et la fréquence des pansements. Certains malades n'en éprouvent qu'une cuisson insignifiante ; d'autres souffrent tellement, qu'il faut interrompre le traitement. Urbantschitsch pense que les douleurs les plus atroces sont produites par la pénétration de la solution caustique dans les cellules mastoïdiennes ; aussi, tandis que la plupart des auristes, imitant l'exemple de Schwartze, engagent le malade à tenir la tête bien droite et plutôt inclinée en arrière, n'ayant d'autre préoccupation que d'empêcher la chute du liquide dans le pharynx, ce maître, considérant la cautérisation accidentelle de la trompe et du cavum comme un moindre inconvénient, fait au contraire légèrement pencher la tête en avant ; et il exagère cette

inclinaison, s'il a constaté préalablement l'imperméabilité de la trompe.

Une eschare blanche est ainsi produite, qui s'élimine en un temps variable, fournissant par là une indication pronostique de grande valeur. Si dès le leudemain elle est déjà tombée, on en concluera à la pleine activité du processus morbide ; demeure-t-elle au contraire adhérente pendant quatre ou cinq jours, on en peut déduire que l'inflammation va en s'atténuant (Politzer). Une nouvelle cautérisation ne devra être pratiquée qu'après la chute complète de l'eschare ; cinq ou six séances suffisent généralement à amener la guérison ; on ne cessera le traitement que quand la muqueuse de la caisse sera devenue lisse et pâle.

Quel que soit le traitement de l'otorrhée qu'on adopte, aseptique, antiseptique, astringent ou caustique, il est une règle générale dont l'observation assure le plus souvent le succès de la thérapeutique mise en œuvre ; c'est de varier sa médication, de ne pas s'y attarder si elle échoue, et, même si ses résultats sont bons, de ne pas la continuer trop longtemps. L'oreille s'habitue vite à un pansement ; telle substance, très efficace au début, devient rapidement inactive ; et souvent, tel corps qui, lors d'une première application, s'était montré radicalement impuissant, peut faire preuve d'une efficacité remarquable si on en reprend l'usage après quelques semaines d'interruption. C'est ce

que les maîtres autrichiens ne cessent de répéter à leurs élèves. Certes, chacun d'eux a son traitement de prédilection. Zaufal place toute sa confiance dans le sublimé ; Politzer attaque systématiquement toute otorrhée par l'acide borique ; Urbantschitsch obtient ses plus beaux résultats en alternant les bains d'alcool avec les instillations de nitrate d'argent, et en y joignant les grands lavages par la trompe ; mais aucun d'eux ne persévère plus de vingt jours (Gruber), plus de dix jours souvent, à continuer un traitement qui tarde à manifester ses bons effets. Il va sans dire qu'on ne négligera pas pour cela de traiter les altérations concomitante du nez et de la gorge, d'après les règles tracées dans les chapitres précédents. L'état général réclame aussi toute la sollicitude des médecins ; aux anémiques, les ferrugineux ; aux scrofuleux, les préparations iodées, arsenicales, l'huile de foie de morue ; aux premiers conviennnent les bains de Franzensbad ; aux seconds, ceux de Baden, de Teplitz, d'Aix-la-Chapelle etc. D'après Politzer, Ragatz a souvent guéri en quelques semaines des blennorrhées chroniques, qui avaient résisté à tout traitement local.

Tel est le traitement de l'otorrhée simple. Mais souvent ces indications sont modifiées par la survenue de quelque complication, polypes, cholestéatomes, carie des osselets, etc.; chacune de celles-ci réclame une intervention spéciale, dont quelques particularités seront étudiées dans les chapitres suivants.

30

Guéri, l'otorrhéique doit s'astreindre pendant longtemps encore à certaines précautions, qu'il aura même à observer toute sa vie, s'il est porteur d'une perforation tympanique persistante. Politzer, avant de le congédier définitivement, lui fait trois recommandations importantes : 1° il devra boucher son oreille avec du coton, lorsqu'il sortira par les temps froids et humides, mais maintenir son conduit libre quand il restera chez lui, et même quand il se promènera par le beau temps ; 2° il ne devra jamais faire pénétrer d'eau froide dans son oreille, et, s'il prend des bains de mer, il assurera l'oblitération hermétique du conduit auditif à l'aide d'une boulette d'ouate huilée ; 3° il devra enfin se faire examiner tous les trois mois par un auriste, de crainte que des masses cholestéatomateuses ne se forment insidieusement dans son oreille ; et dès que se manifestera une menace dans ce sens, annoncée par la tendance de l'épithélium du conduit à pénétrer dans la caisse à travers la perforation, il sera soumis aux instillations d'alcool boriqué.

Mais le malade ne se tient pas pour satisfait, quand son écoulement d'oreille a cessé ; il demande à ce qu'on lui rende l'audition qu'il a généralement perdue du côté malade. L'amélioration de celle-ci ne marche pas parallèlement aux progrès en bien de la maladie ; c'est parfois même le contraire qu'on observe. Après guérison du catarrhe purulent, le jeu des osselets est souvent entravé par des épaississements et des rétractions

cicatricielles, que la chirurgie auriculaire cherche à vaincre par les mêmes procédés qu'elle met en œuvre contre l'otite sèche : synéchotomie, libération du manche du marteau, mobilisation de l'étrier, etc.

Dans beaucoup de cas, le port d'un *tympan artificiel* suffit à rétablir l'acuité auditive dans des proportions notables. Mais comme les résultats ainsi obtenus sont extrêmement variables, Politzer cherche à se renseigner avant tout sur le bénéfice que le malade en retirera : il introduit profondément dans le conduit une boulette de coton imbibée de glycérine, et si celle-ci a pour effet immédiat d'augmenter notablement la portée de l'audition, le tympan artificiel est indiqué.

Le tympan de Toynbee, formé d'une rondelle de caoutchouc mince, est le plus connu. Il est cependant peu employé à Vienne, car il présente des inconvénients : le fil de fer qui supporte la rondelle et sert à son introduction, irrite le conduit et peut y déterminer des excoriations ; de plus, à chaque mouvement de mastication, il donne lieu à une crépitation métallique désagréable. Pour obvier à ces défauts, Gruber attache au centre du disque de caoutchouc un fil de soie ; ce petit appareil est alors si simple que le malade peut le fabriquer lui-même. Mais, en revanche, son introduction est rendue difficile (Zaufal) et nécessite une pince spéciale ; de plus, ce tympan manque de solidité ; il arrive souvent qu'en voulant l'ôter,

le malade arrache le fil, et la rondelle demeurée en place ne peut plus être extraite que par un médecin. Plusieurs fois, Politzer a obtenu de bons résultats en adaptant sur le disque de caoutchouc la platine d'un étrier détaché d'un cadavre, de telle sorte qu'une fois placée, elle corresponde à la niche de la fenêtre ovale.

Aux tympans artificiels de caoutchouc, la plupart des otologistes autrichiens préfèrent ceux qui sont faits d'ouate ; non seulement ils n'irritent pas l'oreille, mais ils peuvent être appliqués même quand l'écoulement purulent n'est pas complètement tari ; et, pouvant être constitués par divers cotons antiseptiques, ils contribuent à guérir l'otorrhée en même temps qu'ils améliorent l'audition. Politzer considère comme le meilleur de tous les tympans artificiels un petit cylindre d'ouate, bien serré, assez mince pour ne pas remplir toute la lumière du conduit et monté sur la petite pince d'Hassenstein ; il le plonge préalablement dans de la glycérine phéniquée au vingtième. Pour les indigents qui fréquentent sa clinique, il fabrique extemporanément un tympan artificiel en enroulant un plumasseau d'ouate autour d'un fragment de fil de fer. D'après Urbantschitsch, le meilleur tympan est un disque d'ouate mince imbibé d'une solution antiseptique non irritante.

Au reste, le spécialiste doit faire en cette circonstance preuve d'un large éclectisme, car tel malade se trouve bien de la boulette d'ouate, qui n'entend

pas avec le tympan de caoutchouc ou inversement. Quand il applique ce dernier, Gruber commence par découper une rondelle du diamètre de la membrane tympanique ; puis, peu à peu il la rogne jusqu'à ce que l'amélioration de l'ouïe soit notable ; il n'est pas rare qu'il faille lui donner des dimensions inférieures à celle de la perforation pour lui permettre de pénétrer dans la caisse.

Politzer, quoique partisan convaincu de l'utilité du tympan artificiel, subordonne cependant ses indications aux conditions suivantes qui doivent être remplies simultanément : 1° quand il existe une large perforation tympanique accompagnée d'une surdité que le traitement ordinaire ne peut modifier ; 2° quand cette surdité est bilatérale ; 3° et quand elle s'est assez accentuée pour que le malade n'entende pas la voix haute à la distance nécessaire pour soutenir une conversation. Il ne faut pas non plus oublier que le tympan artificiel, et surtout le tympan de caoutchouc, n'est à proprement parler qu'un corps étranger, et comme tel irrite l'oreille ; on doit donc en interdire l'usage quand il ramène l'otorrhée, ou quand il cause du vertige. Ces phénomènes d'intolérance peuvent être écartés, si l'on a soin d'habituer peu à peu l'oreille à ce contact nouveau. Politzer recommande aux débutants de ne porter cet appareil qu'une demi-heure par jour pendant les premières semaines, puis, de cinq en cinq jours, d'augmenter cette durée d'une demi-heure. Jamais, même quand

ils y sont bien accoutumés, les malades ne doivent garder leur tympan artificiel plus de quatre à cinq heures quotidiennement; jamais ils ne le porteront la nuit, et, pendant le jour, ils le retireront toutes les fois qu'il ne leur sera pas absolument nécessaire. Il va sans dire que, pour réduire au minimum leur action irritante, les tympans de caoutchouc seront soigneusement nettoyés; les tympans d'ouate devront être renouvelés chaque matin.

VIII. — POLYPES DE L'OREILLE

Nés de l'otorrhée, les polypes l'entretiennent à leur tour. Celle-ci ne peut guérir que quand on les a fait disparaître par la cautérisation ou l'ablation. Les granulations volumineuses qui, principalement chez les sujets scrofuleux, se montrent sur la muqueuse de la caisse, réclament un même traitement.

La destruction des polypes par les caustiques est un procédé lent, quel que soit l'agent employé, et qui n'a sa raison d'être que chez les sujets timorés (Politzer). Elle a cependant une indication plus rationnelle pour prévenir les récidives, après l'ablation chirurgicale (Urbantschitsch), par la cautérisation des pédicules laissés en place.

Le nitrate d'argent doit être employé en nature

sous forme d'une perle fondue à l'extrémité d'un stylet. Celle-ci sera laissée au moins pendant une demi-minute en contact avec le polype ou la granulation qu'on veut détruire ; si l'on se contente d'un simple attouchement, il se fait bien une tache blanche, due à un précipité de chlorure d'argent à la surface de la muqueuse, mais celle-ci n'est pas entamée (Politzer). Au reste, ce caustique présente deux inconvénients majeurs : il a une action très superficielle, et il cause une douleur vive, pouvant parfois durer vingt-quatre heures ; en somme, beaucoup de mal pour peu de bien.

Le perchlorure de fer est vivement recommandé par Politzer qui lui reconnaît ces deux qualités opposées : d'être peu douloureux, très efficace. La douleur qu'il produit est moins vive et surtout beaucoup moins prolongée que la souffrance provoquée par le nitrate d'argent, de sorte que la cocaïnisation suffit à l'atténuer en grande partie. D'autre part, non seulement il offre l'avantage de détruire très profondément les tissus malades, mais il respecte les tissus sains environnants. Tantôt Politzer emploie le perchlorure de fer tombé en déliquescence au contact de l'humidité atmosphérique, et il en recueille une goutte suspendue à l'extrémité d'une sonde qui la dépose sur le polype ; tantôt il préfère utiliser le sel cristallisé. Sous cette dernière forme, le sel de fer pourrait amener très rapidement, parfois en vingt-quatre heures, la nécrose d'un polype volumineux ; pour obtenir ce

résultat, Politzer commence par sécher soigneusement le conduit ; puis il enfonce profondément une mince couche d'ouate qui protège le tympan, insinue alors entre la tumeur et la paroi du conduit un cristal de la grosseur d'un grain de blé, et achève de bourrer l'oreille avec de la ouate. Ce moyen est encore excellent pour détruire rapidement les granulations de la caisse qui envahissent en masse le conduit ; un fragment de perchlorure de fer est maintenu un ou deux jours à leur contact par un tamponnement à l'ouate assez serré. L'eschare ainsi produite est très dure, très adhérente, et ne se détache que lentement ; il faut naturellement attendre sa chute pour recommencer une nouvelle cautérisation.

L'acide chromique trouve au contraire un adversaire en Politzer, qui lui reproche d'être extrêmement douloureux, et de ne pas localiser son action sur les tissus malades comme le perchlorure de fer. Cependant, il a une efficacité si grande qu'Urbantschitsch ne saurait voir là deux vices rédhibitoires. La douleur est moindre, dit-il, quand on détruit des granulations, dont le tissu ferme se laisse moins profondément pénétrer par le caustique que la masse molle des polypes. Quant à la diffusion de l'acide, elle peut être évitée par un dessèchement préalable de l'oreille minutieusement exécuté, et par le tamponnement consécutif du conduit avec de la ouate, qui draine de pus, et l'empêche de dissoudre l'excès de caustique et de

le répandre ainsi dans toute la caisse. On ne doit jamais se servir d'acide chromique dissous, mais employer une perle fondue à une température basse, une chaleur trop vive le réduisant en oxyde de chrome vert inactif.

La valeur du traitement par l'alcool divise moins les auristes viennois, qui s'accordent presque tous à reconnaître que si son action sur le polype est lente à se produire, en revanche elle est réelle et s'exerce sans danger et presque sans douleur. C'est la médication des enfants pusillanimes ; Politzer a souvent vu les instillations d'alcool, pratiquées suivant sa méthode, amener la disparition de polypes volumineux. Il est vrai que pendant les deux ou trois premières semaines du traitement on n'observe aucune amélioration, ce qui explique les insuccès obtenus par les expérimentateurs impatients ; mais, dès que le polype commence à se rétracter, sa résorption marche très vite. Le traitement de Politzer dure un ou deux mois, suivant la grosseur des polypes et la tolérance de l'oreille. L'instillation doit être faite très régulièrement chaque jour, pendant au moins une demi-heure ; l'alcool provoque la coagulation du sang dans les vaisseaux de la tumeur où il pénètre par imbibition, et détermine secondairement l'atrophie des tissus qui cessent d'être irrigués. Mais si l'instillation d'alcool est pratiquée seulement tous les deux jours, la circulation a le temps de se rétablir dans l'intervalle et le polype ne se modi-

fie pas. La première instillation est parfois atrocement douloureuse. Il est vrai que cette sensation ne dure qu'un instant. Il faut donc y habituer l'oreille en employant des dilutions alcooliques progressivement concentrées ; de cinq en cinq jours, Politzer suit la gradation que voici :

1°	Alcool à 90° . . .	10 gr.
	Eau distillée . . .	20 gr.
2°	Alcool à 90° . . .	15 gr.
	Eau distillée . . .	15 gr.
3°	Alcool à 90° . . .	20 gr.
	Eau distillée . . .	10 gr.

et la muqueuse, peu à peu accoutumée, arrive à tolérer parfaitement l'alcool pur contre lequel elle s'était primitivement révoltée. Un autre moyen d'éviter la douleur, qui permet un traitement plus court, est d'employer de prime abord de l'alcool pur additionné d'un vingtième de son poids de chlorhydrate de cocaïne ; mais ceci est absolument interdit chez l'enfant.

Urbantschitsch pense que l'alcool ne flétrit le polype que par son action déshydratante ; il faut donc employer l'alcool absolu, et renouveler très fréquemment ce dernier qui devient inactif lorsqu'il a absorbé l'humidité de l'air, après qu'on a plusieurs fois débouché le flacon qui le contient. C'est donc perdre le temps du malade que d'amener l'accoutumance par la méthode de Politzer,

puisqu'on passe ainsi un temps fort long à verser dans l'oreille des mélanges complètement inactifs. Il faut dès la première séance employer l'alcool absolu, mais, pour réduire au minimum la réaction douloureuse, n'en instiller que deux ou trois gouttes, qui ne devront rester que quelques secondes en contact avec l'oreille ; peu à peu on arrivera à remplir jusqu'aux bords le conduit avec l'alcool absolu. Ce bain, que le malade peut prendre lui-même, doit durer une minute, et être répété trois fois par jour. Le conduit sera soigneusement maintenu sec dans l'intervalle. On ne manquera pas de rappeler au patient que pendant la durée de ce pansement, il ne doit s'approcher d'aucune flamme ; cette recommandation semble puérile : pourtant le médecin oublie presque toujours de la faire (Urbantschitsch).

A tous ces caustiques chimiques, Politzer préfère de beaucoup le galvano-cautère ; celui ci donne immédiatement le résultat définitif que les autres méthodes ne fournissent que lentement ; il permet de limiter exactement la destruction cherchée ; enfin il produit une douleur vive, mais qui presqu'immédiatement s'évanouit, et que l'anesthésie cocaïnique dissimule à merveille. L'électrolyse, proposée par Voltolini pour le traitement des polypes, a été expérimentée par Gruber et son assistant Gomperz ; elle est loin de valoir la galvanocaustique ; car, pour donner des résultats moindres, elle met en action des douleurs infini-

ment plus durables. Elle aurait cependant une utilité spéciale, quand des polypes font saillie à travers une perforation de la membrane de Schrapnell; il est alors commode de porter l'aiguille électrolytique jusqu'à l'articulation incudo-malléenne, et de détruire radicalement ainsi les granulations polypeuses qui se développent en ce point.

La suppression extemporanée des polypes par la méthode sanglante doit être, toutes les fois qu'il est possible, préférée à la destruction lente par les caustiques. Politzer obtient une anesthésie locale complète à l'aide de la poudre de chlorhydrate de cocaïne, dont il recouvre toute la surface de la tumeur en l'y portant sur le bouton d'une sonde légèrement humecté; aucun danger d'intoxication n'est à craindre, tant est minime la quantité du sel ainsi appliquée. Les nombreux instruments, imaginés pour pratiquer cette éradication, présentent chacun des avantages réels dans certains cas déterminés; d'après la pratique des auristes viennois, on peut en poser les principales indications: 1° les gros polypes, profondément insérés dans la caisse, réclament l'extirpation à l'aide du serre-nœud polypotome de Wilde ou de Gruber; l'anse froide suffit, l'hémorrhagie étant en général insignifiante; cependant Gruber préfère l'anse galvanique s'il suppose que le pédicule est large; 2° les petits polypes, surtout quand ils naissent des parois de la moitié externe du conduit, sont très aisément en-

levés avec le petit couteau annulaire (ringmesser) de Politzer ; 3° les granulations multiples peuvent être grattées avec la curette tranchante de Wolff. Ce dernier instrument doit être manié avec la plus grande précaution, quand il manœuvre dans la caisse ; souvent les granulations reposent sur un tissu osseux altéré ; une pression un peu forte pourrait faire pénétrer la curette dans le labyrinthe ; aussi Urbantschitsch recommande-t'il bien de gratter les granulations couche par couche au lieu de les enlever d'un seul coup de cuiller tranchante.

Il est rare que les polypes puissent être enlevés en totalité ; les cautérisations doivent habituellement intervenir pour achever d'en détruire les pédicules ; ce résultat est encore mieux obtenu par une série de bains d'alcool absolu (Urbantschitsch). Leur récidive peut être ainsi retardée; malgré cela, elle n'est le plus souvent pas empêchée. Aussi Gruber ne s'acharne-t-il pas à détruire les polypes à mesure qu'ils se reproduisent ; il se contente d'enlever ceux qui favorisent la rétention du pus dans la caisse ; et tous ses efforts sont dirigés contre la cause qui entretient cette pullulation. Urbantschitsch agit de même ; quand, en un ou deux jours, des granulations repoussent au point d'encombrer de nouveau un conduit auditif antérieurement déblayé, il suppose l'existence d'un séquestre ; et, en attendant de son élimination seule la guérison définitive, il se contente d'assurer au

pus une voie d'écoulement toujours libre. Il n'en est cependant pas toujours ainsi : les polypes récidivants de l'oreille, qui se montrent surtout chez les scrofuleux et les chlorotiques, peuvent être sous la dépendance d'une nutrition viciée ; et, de l'avis de ce maître, un traitement général bien conduit est le moyen le plus sûr et le plus rapide d'enrayer leur pullulation.

IX. — SUPPURATION DE L'ATTIQUE. CARIE DES OSSELETS

Quoi qu'on pense de la révolution chirurgicale actuellement en train de s'accomplir dans le domaine de la thérapeutique otologique, ce n'est pas certes aux auristes viennois qu'on pourra reprocher de se laisser entraîner par un enthousiasme précipité vers une rénovation qui prépare l'annexion prochaine de notre spécialité à la grande chirurgie. Les plus progressistes d'entre eux laissent volontairement leurs confrères d'Allemagne conduire ce mouvement, et les observent. Quelle divergence de vues sépare Stacke de Politzer! L'un pratique systématiquement la belle opération qu'il a imaginée dans tous les cas où il constate une carie des osselets, sans s'attarder à essayer tout autre traitement préalable ; volontiers, il y a re-

cours d'emblée s'il existe dans l'attique des cholestéatomes ou une suppuration chronique, quand bien même aucune lésion osseuse n'est constatable. L'autre, plus temporisateur, n'en vient à cette extrémité qu'en s'autorisant de l'insuccès d'une thérapeutique plus douce, longtemps et soigneusement mise en œuvre.

Placé pour la première fois en présence d'une perforation de la membrane de Schrapnell, symptomatique d'une suppuration de l'attique, Politzer commence par s'assurer qu'il n'existe pas de carie osseuse dans le voisinage de l'ouverture ; et si cette exploration lui donne un résultat négatif, il se contente de traiter cet écoulement, pendant plusieurs mois, par des lavages et des pansements antiseptiques : et il n'est pas rare qu'à la longue une guérison définitive récompense sa patience. Il pratique les lavages de l'attique avec la canule d'Hartmann, modifiée par lui et terminée par une extrémité en caoutchouc souple qui ne blesse pas l'oreille. S'il existe des masses cholestéatomateuses, il les ramollit préalablement en y instillant quelques gouttes d'un mélange alcalin :

Carbonate de soude . .	0 gr 50 centigr.
Glycérine neutre .	àà 5 gr
Eau distillée . .	

Il les chasse par un lavage quotidien qu'il exécute lui-même avec des solutions fortes de résorcine ou d'acide phénique. Il pratique ensuite le dessèche-

ment complet de la cavité suppurante par des insufflations répétées d'air chaud ; et il termine le pansement en y projetant une petite quantité de poudre d'acide borique. Gruber, également partisan de l'otologie conservatrice, pratique le tamponnement de l'attique avec une mince languette de gaze iodoformée forte.

Si ce traitement, continué pendant plusieurs mois, n'a pas tari la suppuration, et surtout s'il n'a pas modifié la fétidité du pus, Politzer se croit autorisé à mettre à découvert la cavité épitympanique, en faisant sauter le mur de la logette des osselets. Mais il s'interdit d'enlever cette paroi osseuse avec la gouge et le maillet, car ceci présente deux dangers : l'ébranlement, résultant de chocs répétés, peut amener une dislocation de la chaîne des osselets ; et d'autre part, la gouge peut, en dérapant, produire de graves désordres. La meilleure manière de détruire ce mur consiste à le morceler en l'attaquant de bas en haut avec une pince mordante ingénieusement construite par Reiner ; celle-ci n'est cependant pas utilisable dans tous les cas ; ses branches, pour offrir une force suffisante, doivent présenter un certain volume qui ne leur permet pas de pénétrer à travers une perforation très petite de la membrane de Schrapnell. En présence de cette difficulté, Politzer commence l'attaque de la lame osseuse avec une cuiller tranchante. L'anesthésie cocaïnique ne suffit pas pour cette intervention ; le malade doit être chloroformé,

et, malgré cela, opéré dans la position assise. Le champ opératoire sera plusieurs fois lavé avec une solution forte de sublimé ; le sang sera épongé avec de la gaze iodoformée, et, en terminant, on bourrera avec celle-ci toute la longueur du conduit.

Lorsque cette opération n'aura pas donné de bons résultats, on avancera encore d'un pas dans la voie chirurgicale, et on pratiquera l'extraction des osselets ; enfin, en présence de l'insuccès de toutes ces méthodes, le spécialiste pourra recourir comme ressource ultime à l'ouverture large de l'attique et de l'antre. Dans un chapitre ultérieur, je montrerai quels sont les procédés opératoires préférés dans ce cas par Politzer et Zaufal.

*
* *

L'extraction du marteau est indiquée d'une façon générale quand une otorrhée chronique, rebelle à toutes les médications précédentes, semble entretenue par une carie de cet osselet : soit qu'on constate avec certitude cette lésion, soit qu'on la soupçonne seulement, car s'il est toujours facile, nous dit Politzer, de diagnostiquer avec la sonde une carie du col du marteau, il est généralement impossible de se rendre un compte exact, par l'exploration directe, de l'état de la tête de cet os. Enlever un marteau supposé malade et trouvé ensuite

intact est une erreur dont on n'aura pas à rougir, car elle est plusieurs fois arrivée à ce maître.

L'extraction du marteau est encore indiquée dans les cas de suppuration de l'attique, même si l'on a la certitude que les osselets soient intacts, pour favoriser l'issue des sécrétions et des amas cholestéatomateux accumulés dans cette cavité, et y faciliter les pansements.

Quoiqu'admises actuellement par la majorité des auristes, ces deux indications majeures ne doivent cependant autoriser l'extraction des osselets que sous l'une des deux conditions suivantes que Politzer pose avec tout le poids de son autorité :

1° lorsqu'il existe des symptômes menaçant à brève échéance l'existence du sujet ;

2° lorsque la fonction de l'oreille malade est presque complètement perdue, et lorsque le tympan est détruit sur une si grande étendue que le marteau n'a plus d'utilité pour l'audition ; en pareil cas, on peut en même temps enlever l'enclume, qui ne sert plus à rien dès que le marteau a perdu son fonctionnement normal.

Politzer défend donc l'extraction des osselets, comme moyen curatif d'une otorrhée, même ancienne, si elle ne met pas la vie en péril immédiat, et si elle n'a pas aboli l'audition ; et il maintient cette interdiction, quand même une carie du marteau ou de l'enclume aurait été reconnue avec certitude. Car, dit-il, cette carie n'est pas incurable ; et, à la longue, le travail ulcératif peut amener

de lui-même l'élimination totale de la tête des osselets, et la cessation de l'otorrhée, tandis que le manche du marteau et le tympan demeurés intacts permettent encore une audition très suffisante.

Les malades sont opérés à la clinique de Politzer dans la position assise ; on se contente de les étourdir avec quelques bouffées de chloroforme ; et on les renvoie ensuite à leurs occupations, même les jours d'hiver ; malgré ce peu de précautions, on n'observe pas de complications post-opératoires, grâce aux soins antiseptiques minutieux dont on les entoure. Politzer détache le tympan à sa périphérie avec un petit couteau à lame arrondie ; puis, avec le ténotome de Cholewa, il sectionne le tendon du tenseur et les ligaments qui unissent le col de l'osselet à la marge tympanique : le plus souvent cependant il néglige ce second temps de l'opération, car tendons et ligaments, ramollis par le pus, cèdent aisément aux efforts de traction ; il saisit enfin le marteau au niveau de son col, à l'aide de la petite pince de Sexton, qu'il trouve plus aisée à manier que le serre-nœud de Wilde, et il exerce des mouvements de traction répétés d'abord de haut en bas, puis de dedans en dehors, sans force, jusqu'à ce que l'osselet lui reste pour ainsi dire dans la main. Veut-il enlever aussi l'enclume, il coupe les ligaments de l'articulation incudo-stapédienne avec un couteau mince courbé à angle droit ; et il luxe ensuite cet osselet à l'aide du crochet de Ludwig. Urbantschistch sectionne

de préférence la longue branche de l'enclume avec un sécateur à coulisse de son invention, et croit produire ainsi moins d'ébranlement dans l'oreille interne qu'en désarticulant son extrémité inférieure.

Ce procédé classique d'extraction du marteau et de l'enclume est incontestablement préférable à l'opération de Stacke, dont Politzer se déclare l'adversaire, tant qu'il n'existe qu'une carie limitée aux osselets. Le décollement du pavillon, l'enlèvement du mur de la logette pratiqués dans le seul but de se frayer un chemin plus large vers les osselets, sont des délabrements inutiles, à son avis ; et le danger d'une blessure du facial est plus grand avec cette méthode que dans l'opération simplement pratiquée par le conduit. Mais, pour ce maître, l'opération de Stacke reprend ses droits quand il y a simultanément une carie des parois de la caisse et de l'apophyse mastoïde ; attique et antre doivent être alors largement mis à découvert.

X. — INFLAMMATION ET CARIE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

L'ostéite mastoïdienne, secondaire aux inflammations de la caisse, affecte une évolution clinique fort différente suivant qu'elle complique une otite

moyenne aiguë, ou qu'elle s'est développée dans le cours d'une otorrhée chronique ; au lieu de la considérer en bloc, comme la plupart des auristes, Politzer scinde son étude en deux chapitres, division qui a d'autant plus sa raison d'être que le pronostic de ces deux formes de mastoïdite est très différent, et que leur traitement fournit deux séries d'indications très dissemblables.

La suppuration de l'apophyse mastoïde est, anatomiquement parlant, une complication constante de l'*otite moyenne purulente aiguë :* les dissections faites par Politzer, les examens diaphanoscopiques de l'apophyse pratiqués par Urbantschitsch ont montré que, dans ce cas, il y a toujours du pus dans l'antre et les cellules mastoïdiennes, ce que suffit à expliquer l'effet de la pesanteur s'exerçant sur l'oreille pendant le décubitus.

Cliniquement, la mastoïdite est peu fréquente ; or, il est de toute évidence que l'ouverture chirurgicale de l'apophyse n'est autorisée que dans les cas où éclatent les symptômes classiques de la suppuration mastoïdienne. Même dans ces conditions, l'intervention est souvent inutile (Politzer), très souvent inutile (Zaufal), l'expérience ayant montré que les mastoïdites qui accompagnent l'otite purulente aiguë, subissent spontanément des alternatives de rémission et d'aggravation, peuvent se résoudre d'elles-mêmes, et à plus forte raison guérir sous l'influence d'un traitement abortif bien dirigé.

Nulle circonstance n'embarrasse plus l'auriste que celle-ci, où intervenir trop tôt est risquer de faire une opération inutile, où opérer trop tard est exposer le patient à une mort le plus souvent évitable. On ne pourra mieux faire que de suivre l'exemple de Politzer qui, en présence de toute mastoïdite, observée à son début, met systématiquement à l'essai le traitement abortif ; mais s'il lui attribue une grande efficacité contre les mastoïdites engendrées par des otites purulentes aiguës simples, il lui accorde au contraire beaucoup moins de confiance chez les sujets atteints au cours d'une maladie infectieuse spécifique, et le reconnaît comme constamment impuissant à faire avorter une mastoïdite due à l'influenza.

Le traitement abortif antiphlogistique employé à Vienne a pour base le repos au lit et la diète, la dérivation intestinale, et la révulsion faite sur l'apophyse à l'aide de teinture d'iode, d'onguent mercuriel, ou mieux encore de sangsues. Pour Gruber, le meilleur moyen de couper court à une menace de mastoïdite est de faire une large paracentèse du tympan. Politzer se loue beaucoup de l'action combinée du chaud et du froid : lavages abondants de la caisse par la trompe avec de l'eau stérilisée aussi chaude que possible, répétés plusieurs fois par jour, et application en permanence sur l'apophyse mastoïde de l'appareil réfrigérant de Leiter où circule un courant d'eau à 10°. Dans les otites simples, ce traitement suffit à amener

en trois ou quatre jours la disparition des phénomènes mastoïdiens. L'appareil de Leiter aurait de plus, d'après Politzer, une certaine valeur diagnostique. Son application procure au début un grand bien-être au malade ; et si, au bout de quelques jours, il devient gênant et pénible à supporter, on en peut presque conclure avec certitude que l'inflammation mastoïdienne est jugulée. Mais si ce traitement abortif, soigneusement appliqué pendant quatre à cinq jours au plus, n'a point amené la disparition des accidents menaçants, il y aurait péril à le continuer davantage : il faut intervenir chirurgicalement.

En résumé, essayer systématiquement du traitement abortif, mais ne faire cet essai que pendant un temps très court, telle est la formule de Politzer. L'ouverture de l'apophyse mastoïde, si elle est nécessaire, doit être faite de très bonne heure ; et la raison qu'il en donne est excellente. L'ostéite mastoïdienne suppurée, consécutive à l'otite aiguë, détermine, nous dit-il, la formation d'un abcès osseux, superficiel à son début, sis dans le segment moyen ou inférieur de la portion verticale de l'apophyse ; il est généralement petit, et ne communique jamais avec l'antre mastoïdien ; son ouverture ne réclame donc qu'un acte opératoire restreint ; et la guérison en est rapide. Plus on temporise au contraire, plus la collection purulente s'étend : on court la chance de voir le pus fuser vers l'antre, ou même se frayer un chemin vers

la cavité crânienne ; la trépanation de l'apophyse devient difficile, délicate, et la plaie ainsi produite mettra plusieurs mois à se cicatriser. On peut donc, avec Politzer, formuler les deux indications opératoires suivantes : chez tout individu présentant au cours d'une otite aiguë suppurée le syndrome mastoïdien classique : 1° on ouvrira l'apophyse, si le traitement antiphlogistique appliqué dès le commencement, est resté sans effet pendant une période de cinq jours au maximum ; 2° on interviendra chirurgicalement d'emblée, si le début des accidents mastoïdiens remonte à plus de dix jours, au moment où le malade se présente à la consultation. Les symptômes auxquels Politzer attache le plus d'importance, comme signes nécessitant l'intervention, sont, d'une part, les vomissements répétés et les hautes températures vespérales, persistant malgré l'écoulement facile des sécrétions à travers une large paracentèse du tympan ; d'autre part, l'abondance de l'otorrhée et l'abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux.

Gruber accepte toutes les indications opératoires classiques formulées par Schwartze ; il leur ajoute celle-ci : ouvrir l'apophyse même s'il n'existe aucun signe d'inflammation à ce niveau, quand les douleurs violentes, provoquées par l'otite, ne cèdent à aucun des moyens habituellement employés en pareils cas ; il n'est pas rare que l'opération, même si elle ne ramène aucune goutte

de pus, procure un soulagement immédiat, et fasse définitivement disparaître une douleur parfois localisée en un point du crâne très éloigné de l'oreille malade.

L'ouverture de l'apophyse mastoïde, au cours des otites aiguës, est une opération des plus simples, que Politzer met en opposition avec cette même intervention, nécessitée par l'otite moyenne purulente chronique ; et il insiste volontiers sur cette comparaison qui justifie pleinement la dichotomie qu'il tente d'établir dans la nosographie des mastoïdites. La première, presqu'aussi élémentaire que l'incision d'un abcès sous-cutané, est à la portée de tous les médecins, et ne réclame aucune connaissance spéciale ; la seconde est une opération des plus difficiles, pleine d'imprévu et de périls, que seul peut exécuter un spécialiste expérimenté ; dans l'une, en effet, il suffit d'ouvrir une collection purulente superficielle, très éloignée des organes délicats de la région, surtout si l'intervention est précoce, et de toutes parts entourée d'une couche osseuse saine, qui lui forme une protection naturelle contre l'inexpérience de l'opérateur ; dans l'autre, il faut de toute nécessité pénétrer profondément jusqu'à l'antre en s'y frayant péniblement un chemin qu'une légère déviation conduirait vers le sinus latéral, le nerf facial, la cavité encéphalique : ce qui exige de la part du spécialiste une grande expérience et une

sérieuse connaissance anatomique de cette région. Il est heureux qu'il en soit ainsi ; car l'ouverture de l'apophyse, au cours de l'otite aiguë, est une opération dont l'indication peut être pressante, vitale, qu'il y aurait parfois péril grave à différer vingt-quatre heures, et que le praticien doit pouvoir exécuter séance tenante ; tandis que l'acte opératoire, nécessité par une otorrhée rebelle, est une intervention généralement pressentie de longue main ; la maladie laisse au malade tout le temps nécessaire pour se rendre auprès de l'otologiste, qui seul alors a qualité pour pratiquer cette opération.

S'agit-il simplement d'une périostite mastoïdienne externe réclamant l'incision de Wilde, on pourra anesthésier localement la région avec une injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne ; Politzer cependant s'en abstient, faisant remarquer que l'injection intra-dermique est aussi douloureuse que l'incision elle-même. Faut-il au contraire attaquer l'os, il est nécessaire que le malade soit chloroformé ; et toutes les précautions antiseptiques que réclame une grande opération sont maintenant indispensables. Je ne veux du reste pas m'attarder à décrire une opération de notion ainsi courante ; quelques-unes des particularités que j'ai observées dans les cliniques viennoises à ce sujet, méritent seules d'être signalées.

Politzer pratique l'anesthésie générale avec le mélange de Billroth :

Chloroforme		100 gr.
Alcool	}	ãã 30 gr.
Ether sulfurique		

Il suit de tous points la méthode de ce chirurgien. La chloroformisation est faite à doses fractionnées, mais continues ; à partir du moment où le masque de toile est appliqué sur sa figure, le malade compte lentement et à haute voix de un à cent, ce qui le force à respirer régulièrement ; il n'est pas rare que, déjà endormi, il s'arrête à soixante ou soixante-dix. Je n'ai pas observé, chez les patients narcotisés par ce procédé, la période d'excitation violente qui se montre dans presque toutes les chloroformisations que nous pratiquons : il est vrai que les Viennois, grands buveurs de bière et de café au lait, ne présentent qu'exceptionnellement le haut degré d'alcoolisme que nous rencontrons journellement dans la population de nos hôpitaux parisiens.

Les instruments sont stérilisés par cinq minutes d'ébullition dans la solution de carbonate de soude au centième ; pour la désinfection préalable du champ opératoire, pour le lavage consécutif de la plaie, Politzer n'utilise que les solutions de sublimé au millième. S'il s'agit seulement d'ouvrir un abcès mastoïdien superficiel consécutif à une otite aiguë, il se contente de pratiquer une incision verticale à un demi-centimètre en arrière de l'insertion du pavillon, et de découvrir la zone moyenne de l'apophyse, sur une surface ayant au maximum

deux centimètres de diamètre. Généralement, le premier coup de ciseau, qui fait sauter une lamelle osseuse corticale, donne issue au pus ; il suffit alors d'agrandir l'orifice avec une cuiller tranchante et de bien gratter les parois de la cavité suppurante. Celle-ci est généralement isolée : aussi, et ceci est un point sur lequel Politzer revient avec insistance, faut-il bien se garder de vouloir établir une communication entre cette cavité et l'antre, suivant la recommandation que les livres classiques donnent à tort pour les formes aiguës de la mastoïdite ; car alors ce serait infecter secondairement la plaie par le pus venu de la caisse, et retarder longtemps sa guérison.

Quand la cavité est petite, Politzer se contente de la bourrer de poudre d'iodoforme, et suture complètement les parties molles. Si ses dimensions sont plus grandes, il fait ce pansement classique à la gaze iodoformée, qu'il change le moins souvent possible ; cependant il recommande de ne point le maintenir plus d'une semaine, car, à la longue, la gaze se laisse intimement pénétrer par les bourgeons charnus ; et on détermine en l'enlevant de vives douleurs et une assez sérieuse hémorrhagie. La durée de la cicatrisation est de deux à trois semaines, d'autant plus raccourcie que l'abcès osseux a été mieux cureté : Gruber hâte la guérison en suturant, vers le quinzième jour, les surfaces bourgeonnantes, préalablement anesthésiées par un badigeonnage à la cocaïne.

⁂

Le traitement des suppurations mastoïdiennes, qui compliquent l'*otite moyenne purulente chronique*, présente d'assez grandes difficultés dans ses indications et dans son application.

La participation de l'antre mastoïdien à la suppuration de la caisse est aussi constante dans l'otorrhée chronique que dans l'otite aiguë ; mais pas plus dans un cas que dans l'autre elle n'impose chez tous les malades l'ouverture de l'apophyse (Politzer). Cette évolution morbide peut, surtout chez les tuberculeux où son silence symptomatique est absolu, demeurer latente pendant nombre d'années, se traduisant seulement par quelques douleurs locales intermittentes, résultant du travail d'ostéite qui lentement éburne l'apophyse ; au milieu de ce calme, brusquement éclate le syndrome de la mastoïdite aiguë, parfois plus violent encore que dans les otites aigues les plus intenses. Cette circonstance est heureusement rare ; l'ouverture de l'apophyse au cours de l'otorrhée est beaucoup moins souvent indiquée par ces réchauffements subits que sollicitée par la ténacité indéfinie de la suppuration chronique et par les dangers à venir qu'elle fait prévoir.

Au cours de ces poussées aiguës, le traitement abortif peut être essayé, mais par simple acquit de conscience (Politzer) ; car il n'y a pas ici à espé-

rer provoquer la résolution d'une altération d'ancienne date ; et on ne s'y attardera pas si la vie semble immédiatement menacée. L'incision de Wilde ne rend pas le même service que dans les formes aiguës pures ; Politzer ne la recommande pas.

Au cours de la suppuration chronique, alors que tout semble commander l'intervention chirurgicale, il peut également se faire que le mal guérisse sans cela. Rien n'est moins propre à assurer la confiance de l'auriste dans l'oto-chirurgie. Politzer avoue avoir rencontré, dans sa longue pratique, nombre de patients atteints d'otorrhée rebelle, qui refusaient de se soumettre à l'opération de Küster, nettement indiquée dans leur cas, et qui cependant guérissaient malgré cela, par les lavages soigneux de l'attique, par les grattages répétés des granulations de la caisse, etc.

La manière dont doit être ici conduite l'opération donne raison à la division introduite par Politzer dans l'étude des mastoïdites. Le chirurgien qui, dans le cas actuel, ouvre l'apophyse, doit se donner comme but de pénétrer jusqu'à l'antre, de l'ouvrir largement, de rétablir sa communication avec la caisse, et de rendre ces diverses cavités assez accessibles pour qu'un nettoyage soigneux et complet en soit facile. Cette pénétration que Politzer interdit dans la mastoïdite aiguë, devient ici une condition de première nécessité. D'après ce maître, l'opération classique de Schwartze est suffi-

sante si les lésions osseuses sont limitées à l'apophyse ; mais si l'attique et la paroi postérieure du conduit y participent, il veut qu'on intervienne plus largement : les procédés de Küster, de Zaufal, de Stacke ont alors leur indication.

L'ouverture simple de l'apophyse mastoïde, au cours de l'otorrhée, répond à un certain nombre d'indications que Politzer formule ainsi : 1° quand, par suite de la rétention du pus dans l'oreille moyenne, éclate le syndrome classique de la mastoïdite aiguë ; 2° et même quand ce syndrome est incomplet et que l'apophyse présente son aspect normal, s'il existe de violentes douleurs mastoïdiennes, jointes à l'abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif osseux ; 3° lorsqu'il existe une carie de l'apophyse avec fistule ; 4° toutes les fois qu'au cours d'une otorrhée apparaissent des symptômes de méningite ou de phlébite des sinus, même sans qu'il y ait aggravation de l'état local ; 5° lorsqu'une suppuration de l'attique résiste à tous les autres traitements, surtout si l'on soupçonne l'existence à ce niveau de masses cholestéatomateuses ; 6° enfin dans les mastalgies rebelles.

L'école de Vienne accepte toutes ces indications.

Zaufal, au contraire, proteste énergiquement contre l'abus de ces tendances opératoires, et réserve l'intervention à un très petit nombre de cas : 1° quand il existe une carie de l'apophyse avec fistule s'ouvrant soit à l'extérieur, soit dans le con-

duit ; 2° quand se montrent des symptômes menaçants du côté de l'encéphale ou des sinus ; 3° ou quand l'examen du fond de l'œil, systématiquement fait au moins tous les quinze jours, montre un commencement d'altération de la papille (œdème, varicosités, etc.) Mais s'il intervient, il opère largement, suivant un procédé décrit plus loin ; la méthode classique d'ouverture de l'apophyse lui semble notoirement insuffisante.

Toute simple qu'elle paraisse, l'opération de Schwartze ne peut être entreprise que par un spécialiste habile, qui doit en acquérir l'habitude en la répétant sur le cadavre au moins cinquante fois (Politzer). Ces difficultés résultent de la nécessité absolue qu'elle impose de pénétrer jusqu'à l'antre, en traversant une région éminemment périlleuse. Le danger le plus à craindre est la rencontre du sinus latéral, qui peut occuper une situation anormale, au point de s'interposer entre l'antre et la paroi extérieure de l'apophyse ; quand cette anomalie est très prononcée, l'opération peut devenir un désastre. On a cherché, dans la conformation du crâne, divers indices pouvant la faire présumer ; Politzer considère tous les points de repère comme très infidèles ; il admet seulement comme démontré que le sinus latéral est repoussé plus en dehors dans les apophyses compactes que dans les apophyses pneumatiques, et que par conséquent les plus grandes précautions doivent être prises quand on opère

les premières. Au reste, ces dangers sont moindres quand, au lieu du trépan qui pénètre à l'aveugle, on se sert de la gouge et du maillet, dont l'avancement se fait couche par couche, sous le contrôle constant de la vue.

Politzer, Urbantschitsch incisent les parties molles en suivant le sillon rétro-auriculaire, qui plus tard masquera la cicatrice. Quoique cette pratique soit adoptée par la majorité des auristes, Gruber la condamne; il fait l'incision à presque un centimètre en arrière de l'insertion du pavillon, ce qui, dit-il, permet la dénudation plus facile du plan osseux; car celle-ci n'est suffisante que si on décolle les deux lèvres de la plaie, manœuvre qui dans l'incision juxta-auriculaire mettrait très inutilement à nu la paroi postérieure du conduit osseux. Certains auristes mènent une incision horizontale, perpendiculaire à l'extrémité supérieure de la première, et forment ainsi un lambeau triangulaire qu'ils rabattent en bas et en arrière pour se donner du jour : très mauvaise pratique, nous dit encore Gruber, qui a pour effet de former inférieurement un clapier qui favorise la stagnation du pus.

Les auristes viennois s'accordent à donner à l'ouverture pratiquée dans la paroi osseuse des dimensions plus grandes que ne le conseille Schwartze : au moins quinze millimètres de diamètre. On a la plus grande chance d'atteindre l'antre en élargissant simplement une fistule préexistante (Urbants-

chitsch), ou, s'il se trouve sur l'apophyse un point carié, en pénétrant à ce niveau. Mais si l'on est en présence d'une apophyse éburnée, on l'attaquera au niveau de son quart antéro-supérieur (Politzer) en prenant comme limite, en haut, un plan horizontal rasant le bord supérieur du conduit : et on se dirigera le plus en avant possible. Pour Gruber, ce plan fictif horizontal doit croiser l'ouverture à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs ; et, s'il est nécessaire de le faire, l'orifice sera agrandi par en bas.

D'après les classiques, le meilleur signe indiquant que l'antre est ouvert, est le reflux par le conduit auditif du liquide injecté par la plaie ; or, suivant Politzer, ce signe n'a pas de valeur, car ce reflux peut se produire à travers une fistule ouverte dans le conduit ; et l'on s'expose, en y accordant confiance, à tenir pour achevée une opération incomplète.

Jusqu'à quelle profondeur peut-on creuser à la recherche de l'antre, et à quel niveau doit-on s'arrêter pour ne pas blesser le nerf facial ou le canal semi-circulaire horizontal ? A dix-huit millimètres au plus, nous dit Politzer ; et s'il est sur ce point d'une tolérance plus grande que les maîtres allemands, c'est que taillant dans l'os un entonnoir plus évasé qu'ils ne le font, il surveille mieux les mouvements de la curette au fond de la plaie. Il met à ce propos les débutants en garde contre les dangers que présentent certaines apophyses

mixtes, pneumatiques à la périphérie, et présentant à leur centre, autour de l'antre, un noyau éburné, résultant le plus souvent du travail d'ostéo-sclerose produit par la suppuration prolongée.

Mais quel parti prendre, si, arrivé à la profondeur limite de dix-huit millimètres, on n'a pas rencontré l'antre? S'arrêter, dans tous les cas. S'il s'agit seulement de combattre des douleurs mastalgiques, cette ouverture incomplète peut suffire pour amener la sédation cherchée. Mais s'il y a, du fait d'accidents cérébraux, indication vitale à atteindre l'antre, il faut changer de route, décoller séance tenante le pavillon, faire sauter la paroi postérieure du conduit, et gagner ainsi les régions malades (Politzer).

L'antre mastoïdien ayant été vigoureusement cureté, et les séquestres, s'il en existe, enlevés après morcellement préalable, on applique un pansement à la gaze iodoformée. Celle-ci est renouvelée le moins souvent possible ; cependant Urbantschitsch enlève le premier pansement du quatrième au cinquième jour, Politzer, au plus tard le huitième. Il existe à ce propos, en Autriche, un désaccord entre le camp des chirurgiens et celui des auristes ; les premiers, suivant l'exemple de Bergmann et de Billroth, s'opposent aux lavages consécutifs ; les auristes, au contraire, plus à même d'apprécier les dangers de la rétention du pus dans l'oreille moyenne, sont partisans des irrigations largement faites, poussées par un drain de

caoutchouc maintenu en permanence dans la plaie, et surtout par le conduit, en chassant devant elles les grumeaux de pus et de débris cholestéatomateux. Politzer maintient la plaie mastoïdienne ouverte tant que la suppuration de la caisse n'est point tarie ; il y arrive en y laissant à demeure un drain de métal, qu'il préfère à la cheville de plomb de Schwartze, encore employée actuellement par Gruber ; et de temps à autre il facilite la sortie du pus, en curettant, sous l'analgésie cocaïnique, les fongosités qui se développent sur son trajet. La guérison de l'ouverture opératoire peut être ainsi très longtemps retardée : ce maître ne l'a parfois obtenue qu'au bout de dix-huit mois.

L'opération de Schwartze est donc un acte opératoire sérieux, et qui peut être parfois considérablement réduit, ou même évité, dans certaines formes de carie du rocher qui cependant semblent la réclamer. C'est surtout chez les enfants qu'Urbantschitsch arrive à guérir par le traitement expectatif des lésions osseuses, même accompagnées de fistules mastoïdiennes ; il se contente de faire de simples lavages antiseptiques, de drainer le conduit auditif, de drainer aussi la fistule avec un tube métallique, au besoin d'en agrandir et d'en régulariser le trajet ; et plusieurs fois, en une ou quelques années, il a obtenu l'élimination spontanée du séquestre, et a amené une guérison radicale.

Urbantchitsch croit également qu'il est inutile d'ouvrir l'apophyse, quand il existe une fistule débouchant à la partie supérieure du conduit, symptomatique d'une carie limitée à cette région. Il se contente de gratter, par les voies naturelles, les cellules osseuses atteintes, de les irriguer abondamment et de les tamponner de gaze iodoformée ou de les remplir avec l'émulsion d'iodoforme de Mosetig-Moorhof. Il va sans dire que ce traitement expectatif ou atténué doit céder immédiatement le pas à l'ouverture large de l'apophyse, s'il survient des complications aiguës menaçantes.

Mais il est malheureusement plus fréquent que l'opération de Schwartze soit insuffisante, et qu'il faille recourir à une intervention plus large. Dans beaucoup de cas, l'ouverture de l'antre ne suffit pas à permettre le nettoyage des cavités suppurantes; il faut y joindre la mise à découvert de l'attique, ce qui s'obtient en faisant sauter simultanément le mur de la logette et la paroi postérieure du conduit. Ce sont là des délabrements étendus, qui causent la perte de la fonction auditive, qui nécessitent un effort de réparation long et pénible, et auxquels il ne faut par conséquent avoir recours qu'en dernier lieu. Il y aurait grand avantage à en préciser les indications mieux que les chirurgiens allemands ne l'ont fait jusqu'ici. Politzer s'y décide : 1° d'emblée, quand aux lésions de l'apophyse s'ajoute la carie des osselets, des parois

de la caisse et du conduit, qu'il existe ou non des cholestéatomes enclavés ; 2° en seconde instance, quand l'ouverture de l'apophyse mastoïde pratiquée suivant la méthode de Schwartze n'a été suivie d'aucune amélioration.

Küster est le premier, à son avis, qui ait proposé et exécuté cette opération, dotant ainsi, après plus de dix années de recherches, l'otologie moderne d'une précieuse acquisition. Politzer suit de tous points la technique opératoire de ce chirurgien ; il commence par se frayer un chemin vers l'antre en ouvrant largement l'apophyse, après décollement et abaissement du pavillon ; puis, à petits coups de gouge et de maillet, il attaque la paroi postéro supérieure du conduit auditif osseux, qu'il enlève toute entière ; pendant ce temps, un gros stylet courbe, introduit par la plaie, est poussé dans la caisse, jusqu'à ce que son extrémité vienne sortir au niveau de l'échancrure de Rivinus ; appuyé sur le plancher de l'antre, ce stylet protège le facial contre les traumatismes accidentels. Zaufal simplifie ce deuxième temps de l'opération, en se servant d'une forte pince coupante, dont une branche est introduite dans le conduit, l'autre dans l'ouverture apophysaire : en deux coups, il fait sauter la travée osseuse qui sépare les mors. L'antre étant ainsi complètement mis à nu, il faut maintenant découvrir l'attique en rasant en totalité le mur de la logette ; ici encore Zaufal enlève celui-ci d'un seul coup d'une pince coupante, construite dans ce

but. Mais Politzer trouve ce procédé très dangereux ; l'instrument de Zaufal agit brutalement, et la branche introduite dans l'attique est si volumineuse qu'elle peut aisément luxer l'étrier et déterminer une inflammation grave du labyrinthe. Il préfère morceler couche par couche la marge du tympan, avec lenteur et précaution, en se servant d'une petite pince de son invention, dont il a été déjà parlé plus haut. Les cavités de l'oreille moyenne, étant ainsi rendues très abordables, sont soigneusement curettées, puis tamponnées à la gaze iodoformée ; Küster interdit les lavages consécutifs : Politzer les autorise, tout en reconnaissant qu'il faut mieux les faire le plus rarement possible.

La modification que Stacke a apportée au procédé de Küster constitue, de l'avis de Politzer, un réel perfectionnement, en ce sens que ce chirurgien conserve la partie inférieure de la paroi postérieure du conduit auditif, et que, de plus, il ménage un lambeau périostique qui, transplanté dans l'antre, facilite la réparation de la plaie et en raccourcit la durée. Ce n'est cependant pas là un avantage aux yeux de Zaufal, qui veut qu'on ouvre la région malade le plus largement possible et prêche d'exemple, détruisant dans ses interventions la presque totalité de l'apophyse mastoïde ; il cherche même à mettre à nu le sinus latéral sur une étendue notable, persuadé que c'est le plus souvent par la face postérieure du rocher, ménagée

pendant les opérations, que l'infection se propage de l'oreille à la cavité crânienne.

En terminant ce chapitre, reconnaissons avec Politzer que l'opération de Küster est un grand progrès dans le domaine de l'oto-chirurgie, et qu'elle a déjà sauvé bien des existences; mais gardons-nous avec lui de l'enthousiasme qui voudrait en faire la panacée de toutes les otorrhées, car souvent on peut obtenir la guérison à moins de frais ; et souvent aussi cette intervention échoue, soit que le malade en meure, soit que malgré tout il continue à suppurer, s'il porte profondément logées dans la région pyramidale des parties cariées que nos curettes ne peuvent pas, n'osent pas atteindre.

XI. MALADIE DE MÉNIÈRE

Le traitement de ce syndrome par le sulfate de quinine, imaginé par Charcot, et fort répandu en France, trouve peu de partisans en Autriche. Les auristes viennois lui reprochent d'être plus nuisible qu'utile et de très souvent augmenter, dès les premiers jours, les bourdonnements et le vertige, même donné à dose faible. Gruber en fait l'essai avec la plus grande précaution ; et il le suspend, non seulement dans le cas d'intolérance, mais

même si au bout de trois jours il n'a pas amené une diminution notable du vertige.

Politzer prescrit plus volontiers l'iodure de potassium, à la dose de cinquante centigrammes à un gramme par jour, pendant un mois au plus ; mais il essaie toujours préalablement le traitement quinique pendant une semaine. Néanmoins, la médication qu'il recommande avant tout est le traitement par la pilocarpine ; celui-ci ne doit être appliqué ni trop tôt, ni trop tard ; avant la fin du premier mois, il est nuisible, tant que durent encore les violents troubles du début ; et au bout de huit à dix mois, il est impuissant à améliorer l'état du malade. Dans sa longue carrière, Politzer n'a observé qu'un seul cas de surdité labyrinthique, vieille de plus d'un an, guérie par cet agent. Il faut adopter la solution aqueuse de chlorhydrate de pilocarpine au cinquantième ; on l'emploiera en injections sous-cutanées, de préférence faites à l'avant-bras. La première fois, on se contentera d'injecter trois ou quatre gouttes, pour tâter la susceptibilité individuelle, très variable vis-à-vis de ce médicament ; chez certains sujets on peut observer, sous son influence, du collapsus cardique et même des syncopes. S'il n'y a pas intolérance, on augmentera la dose, lentement et progressivement. L'injection sera faite le matin, le malade étant au lit ; si de cinq à dix minutes après la piqûre une abondante sialorrhée ne s'est pas produite, c'est que la quantité de médicament ad-

ministrée a été trop faible. Ce traitement peut être continué pendant un mois ; mieux vaut, pour en obtenir le maximum d'effet, pratiquer les injections tous les matins ; cependant, on fera bien de les espacer de deux en deux jours, si par leur effet le malade voit diminuer son appétit et ses forces. Politzer attribue à la pilocarpine une action résolutive spéciale ; en activant les échanges nutritifs, elle favoriserait la résorption des exsudats labyrinthiques. Urbantschitsch ne montre pas le même enthousiasme à son égard ; il ne lui reconnaît aucune efficacité spéciale ; pour lui, la pilocarpine n'aurait d'action sur l'oreille interne que par l'intermédiaire de la sudation abondante qu'elle détermine ; or, il est, à son avis, préférable de provoquer la transpiration par des moyens externes, enveloppements humides de tout le corps ou bains de vapeur.

La strychnine est un stimulant du nerf auditif rès recommandé par Urbantschitsch et Gruber. Ce dernier associe la noix vomique à l'arnica, qu'il prescrit ainsi :

Teinture d'arnica montana	15 gr.
Teinture de noix vomique	1 gr. 50 cent.

en prendre progressivement de six à dix gouttes, deux fois par jour.

Chez les syphilitiques, Gruber obtient une amélioration extrêmement rapide par un traitement spécifique, énergiquement conduit : tisane de

Zittmann, en boisson; frictions d'onguent ioduré sur l'apophyse mastoïde; et injections tubaires d'une solution d'iodure de potassium.

Le traitement local a moins d'importance. Les douches d'air ne sont pas seulement inutiles, elles peuvent être dangereuses (Politzer). L'électrisation et le massage ont donné d'excellents résultats à Urbantschitsch; j'ai exposé, à propos du traitement des bourdonnements dus à l'otite sèche, de quelle façon il les applique. Il préfère les courants continus aux courants induits; ceux-ci peuvent cependant être utiles, à condition d'être employés pendant un temps très court, une ou deux minutes, et avec une intensité assez grande, une électrode étant appuyée sur le tragus, l'autre sur le cou. Quant au massage, il agirait en stimulant le centre auditif, par action réflexe, transmise par le trijumeau; l'excitation doit surtout s'adresser au nerf sus-orbitaire et à l'auriculo-temporal, à l'aide de frictions menées du front au tragus, et de tapotements effectués au niveau des trous de sortie de ces nerfs. Le simple massage vibratoire du tragus avec l'index, que le malade pratique lui-même, atténue parfois rapidement les bourdonnements nerveux.

XII. — OTALGIE

Quand une douleur d'oreille, plus ou moins paroxystique, ne reconnaît pour cause aucune lésion locale, ni aucune altération dentaire, quand, en un mot, il s'agit d'une otalgie essentielle, Politzer prescrit l'iodure de potassium ou le sulfate de quinine. Le premier de ces médicaments avait déjà été recommandé par Oppolzer, qui l'avait employé avec succès, même pour calmer les douleurs dépendant d'une otite. Le sulfate de quinine est d'un usage classique ; chaque auriste l'administre d'une façon qui lui est spéciale. Urbantschitsch prescrit trois doses quotidiennes de vingt centigrammes ; en supposant que l'accès otalgique éclate à midi, il les échelonne ainsi : une dose à neuf heures du matin, une seconde à onze heures et la troisième à la fin de l'accès.

Les inhalations de nitrite d'amyle sont également conseillées par cet auriste : c'est, pour lui, le moyen le plus efficace d'attaquer une otalgie essentielle à paroxysmes nocturnes. On ne saurait cependant, dit-il, user de trop de prudence en maniant ce remède. Avant tout, il faut rechercher si le malade ne montre pas à son égard une intolérance idiosyncrasique. On commence par en

verser une seule goutte sur un tampon d'ouate qu'on maintient quatre secondes au devant du nez ; si la coloration du visage ne se modifie pas, on ajoute une seconde goutte et on augmente ainsi la dose, en tâtonnant ; on cesse immédiatement l'inhalation dès que la figure commence à rougir, quand même le malade n'éprouverait encore aucune sensation. Il ne faut jamais, en effet, aller jusqu'à la réaction congestive complète, car celle-ci augmente encore pendant une quinzaine de secondes après qu'on a cessé les inhalations. En prolongeant la séance on s'exposerait à provoquer des congestions cérébrales apoplectiformes ; dans un cas, Urbantschitsch a ainsi rappelé une hémiplégie transitoire chez un homme qui, vingt ans auparavant, avait été atteint d'une paralysie unilatérale du même côté. Néanmoins, malgré ses dangers, le nitrite d'amyle est un remède précieux, qui, même donné douze heures d'avance, prévient l'accès d'otalgie ; on se gardera cependant de le mettre entre les mains du malade, qui ne manquerait pas d'en abuser.

L'électrisation donne également de bons résultats. Chez les sujets névropathiques, Urbantschitsch préfère le courant induit, dont les effets sont plus constants que ceux du courant continu ; l'otalgie, accompagnée de bourdonnements, cède à une série de séances de trois minutes ; un pôle est placé dans le conduit, l'autre sur le côté du cou.

Il est enfin un moyen encore peu connu et qui

calme merveilleusement l'otalgie, c'est le massage du marteau. Max, assistant d'Urbantschitsch, a découvert par hasard ce mode de traitement. Un jour que chez une femme atteinte d'ankylose des osselets il essayait de mobiliser le marteau en exerçant sur l'apophyse externe des pressions à l'aide de la sonde à ressort de Lucae, il obtint ce résultat imprévu que l'otalgie concomitante dont souffrait cette malade disparut rapidement, tandis que la surdité persistait au même degré. De là lui vint l'idée d'appliquer ce massage aux otalgies essentielles : l'effet obtenu fut des plus remarquables. Avec la *drücksonde* de Lucae, dont il entoure d'ouate l'extrémité, il exerce sur l'apophyse externe du marteau de dix à douze pressions légères par séance ; cette manœuvre, à peine douloureuse, et en tous cas parfaitement inoffensive, est répétée tous les jours jusqu'à cessation complète des douleurs. Ce massage a un effet véritablement merveilleux ; appliqué au milieu d'un accès, il l'arrête instantanément. Quand l'otalgie est récente, datant de moins de quinze jours, deux séances suffisent pour la guérir ; si le début de la maladie remonte à plusieurs mois, quelques semaines de traitement sont nécessaires ; sur vingt-deux cas ainsi traités, Max a obtenu vingt guérisons définitives. Le massage peut même guérir une otalgie d'origine dentaire, sans qu'il soit nécessaire d'extraire la dent malade.

Une observation, pour terminer. Un homme,

voyageant de Linz à Vienne, se tient penché pendant quelques minutes en dehors de la fenêtre du wagon, et prend froid ; brusquement, avant la fin du trajet, éclate une douleur d'oreille telle qu'elle cause une syncope. Arrivé à Vienne, il court chez son médecin : celui-ci, impuissant à le soulager, le mène d'auriste en auriste, sans procurer de rémission à cette douleur terrible qui ne cesse pas une heure ; Urbantschitsch lui-même, consulté, essaie sans succès le nitrite d'amyle. Le malheureux quitte l'Autriche, et, pendant dix-huit mois, parcourt l'Europe à la recherche de la guérison ; nulle part il ne la rencontre. Désespéré, il tente plusieurs fois de se tuer. Sur ces entrefaites, Max découvre la cure de l'otalgie par le massage. Urbantschitsch rappelle le malade, lui applique ce traitement ; et en moins de quinze jours toute douleur d'oreille a disparu.

Appendice

CONSEILS PRATIQUES

SUR LE VOYAGE ET LE SÉJOUR A VIENNE

I.

A quel moment faut-il aller à Vienne ?

Les spécialités y sont enseignées pendant toute l'année ; mais durant les vacances, en août et septembre, les cliniques officielles sont fermées, les professeurs sont absents, et les docents et les assistants font seuls de l'enseignement, trop élémentaire pour attirer les étrangers.

Les grands cours de laryngologie et d'otologie recommencent à la rentrée et se succèdent généralement sans interruption de six en six semaines, d'octobre à juillet. On ira donc en Autriche pendant cette période. Toutefois, la saison froide n'est guère propice au voyage : l'hiver est très rude sur les bords du Danube, et les Français le supportent mal. En été, au contraire, Vienne est un séjour charmant ; la chaleur y est grande, il est vrai, mais le beau temps presque perpétuel y met de la gaieté et favorise les belles excursions dans la

Wienerwald, pour remplir les deux journées du samedi et du dimanche que, chaque semaine, les cours laissent inoccupées. C'est à ce moment qu'il y faut aller.

La plupart des cours d'été recommencent le deuxième lundi qui suit Pâques ; en arrivant donc à Vienne quelques jours auparavant, on aura tout le temps de faire les démarches nécessaires pour s'y inscrire ; on aura la chance de les pouvoir suivre tous presque simultanément. De cette manière, six à sept semaines de séjour seront suffisantes ; c'est du reste le délai d'usage. On appréciera certes beaucoup mieux l'enseignement qui s'y donne, en y passant plusieurs mois, ou tout au moins en suivant deux séries de cours ; mais, je le répète, à celui qui vient de France à Vienne non pour se former, mais pour se perfectionner, il est inutile de conseiller un séjour de plus d'un mois et demi ; mieux vaut, s'il a du temps de reste, le consacrer à d'autres Universités.

Avant de partir, il est très bon de se munir de lettres de recommandations personnelles auprès des professeurs dont on va suivre l'enseignement ; ceux-ci ont gardé d'excellentes relations avec la plupart des confrères français qui furent jadis leurs élèves, et ils accueillent avec grande bienveillance ceux qui leur sont adressés de leur part. Théoriquement, tous les cours étant payants à Vienne, ceux qui les suivent ont droit aux mêmes égards ; mais, en réalité, l'élève qui possède les

faveurs spéciales du professeur reçoit une meilleure place, profite des malades intéressants, opère plus souvent qu'à son tour ; et les assistants lui témoignent une attention toute particulière, dans le désir de plaire à leur maître.

Certains cours, surtout ceux de Chiari et d'Hajek, sont si recherchés, qu'il n'est pas rare de n'y plus trouver de place en arrivant à Vienne. Il sera prudent de s'y inscrire plusieurs mois d'avance en écrivant à un de ces maîtres qui toujours s'empressera de répondre avec la plus grande courtoisie.

*
* *

Faut-il savoir l'allemand, pour aller à Vienne ?

Cette question m'a été souvent posée ; et en répondant que cela est nécessaire j'ai étonné bien des confrères, qui se figuraient que « là-bas tout le monde parle français. » Je tiens à m'expliquer. Certainement, la plupart des maîtres, professeurs et docents, parlent français, et encore mieux anglais ; certainement vous n'éprouverez pas à Vienne l'embarras du médecin autrichien venu à Paris, ignorant notre langue ; le moindre étudiant s'empressera de vous offrir ce qu'il sait de français, souvent quelques mots à peine, moins en vérité pour vous être agréable que pour s'exercer lui-

même. Mais si vous ne savez pas l'allemand, comprendrez-vous les cours que vous suivrez ? Certes, le professeur ajoutera quelques explications en français — tous le font volontiers — mais s'attardera-t-il à traduire d'un bout à l'autre, pour vous seul, tout ce qu'il vient d'exposer ? Il y a bien les livres, il est vrai ; mais tout ce qu'on dit ne s'imprime pas. Et comment interrogerez-vous les malades qu'on vous confiera, de bons Viennois qui, eux, parlent même à peine allemand ? Est-ce par signes que vous vous enquerrez s'ils dorment la bouche ouverte, s'ils souffrent en avalant, si leur nez est bouché ? par quel geste demanderez-vous à une malade si elle a ses règles ? Puis, à côté de l'enseignement des professeurs, il y a pour chaque clinique une foule de petits détails, de petits « trucs » à apprendre, qu'on ne dit pas aux profanes, et qu'on ne parvient à connaître qu'en causant avec les aspirants, ou même en interwievant la *Wärterin*. Rien de tout cela n'est possible à celui qui s'est figuré qu'on parle français partout ; il ne verra de Vienne médical que ce qu'on voudra bien lui montrer.

Autre recommandation non moins importante, et qui peut sembler paradoxale. Il est inutile d'aller à Vienne apprendre l'otologie ou la laryngologie si on ne la sait pas. Il ne faut arriver là-bas que muni de solides connaissances théoriques et suffisamment rompu aux premières difficultés de la technique, pour n'être pas un novice. La durée des

cours est si restreinte, que les professeurs ne s'attardent pas à de longues démonstrations ; tout de suite ils mettent des malades entre les mains des élèves, et on ne profitera bien de ce qu'ils montrent que si déjà l'on sait comment on doit regarder et ce qu'on doit regarder.

*
* *

Ceux qui vont à Vienne suivre une série de six semaines de cours auront avantage à consacrer deux mois à leur absence, à s'arrêter une semaine à l'aller à Munich, et à revenir par Prague, qui mérite un séjour au moins aussi long. A Munich, Schech pour la laryngologie, Bezold pour l'otologie, sont des maîtres qu'il est intéressant de connaître ; à Prague, une visite dans le service de Zaufal sera le complément du voyage. On n'appréciera même, à son juste degré, tout ce qu'il y a chez ce maître de science, d'expérience et de bon sens clinique, qu'après que le séjour à Vienne aura fourni un point de comparaison. Il suffit de se présenter, même sans références, dans son petit service de l'Hôpital général, de préférence le matin, vers dix heures, pour être accueilli par lui avec une cordialité qu'on retrouve à un égal degré chez son assistant.

*
* *

En arrivant à Vienne, on se fera conduire par un modeste *Einspanner* à l'Alsergrund, l'ancien faubourg, qui est actuellement le vrai quartier latin de l'Autriche ; c'est là qu'on demeurera. On se trouvera à deux pas de l'Hôpital général, de la Policlinique, ce qui n'est pas à dédaigner si l'on suit le cours d'Hajek qui se fait à sept heures du matin ; libraires médicaux, fabricants d'instruments de chirurgie y sont groupés comme à Paris. D'ailleurs, ce quartier n'a de *Vorstadt* que le nom, car, en réalité, il suffit de traverser le Ring pour se trouver au centre de Vienne ; et sur la place de l'Église Votive, qui est proche, presque tous les tramways viennois s'arrêtent. La plupart des maisons neuves qui s'y construisent renferment des chambres meublées, confortablement disposées pour recevoir à très bon marché les étudiants venus de l'étranger. Dans les brasseries qui y abondent et qui, à vrai dire, ne sont ni meilleures, ni pires que dans le reste de Vienne, on trouvera un *Mittagessen* monotone, mais qui finira par suffire à des estomacs peu à peu déshabitués de la nourriture française ; au reste, l'intervalle rapproché qui sépare les cours ne permet pas les succulents repas. On aura tout au moins l'avantage de continuer à y vivre dans le

milieu médical, d'y coudoyer à chaque instant les assistants et aspirants de l'Hôpital, qui se font un plaisir d'initier les nouveaux venus à la langue et aux mœurs viennoises. Une de ces brasseries, le Rydhof, est célèbre dans ce monde universitaire ; dans une de ses salles, de midi à deux heures, viennent dîner les grands Maîtres de l'Hôpital général, au sortir de leurs cours ; tout le monde peut s'y attabler à côté de ces dieux descendus de l'Olympe, qui ont perdu toute majesté en quittant l'Alserstrasse. Ludwig y retrouve sa pipe d'étudiant et Billroth, depuis vingt ans, s'y contente de la même tranche de *Rindfleisch* fade dont il ne se lasse point.

*
* *

La première installation étant faite, il sera bon, avant toute autre chose, avant même de choisir ses cours, de se rendre chez les professeurs pour lesquels on s'est muni de recommandations. On trouvera toujours chez eux un chaleureux accueil ; et souvent les bons avis qu'ils donneront, seront de nature à modifier les résolutions qu'on aura déjà prises. On ira les voir au moment de leur consultation (en viennois, *Ordination*) ; celle-ci a lieu tous les jours, mais à des heures fort variables, dont il faudra s'enquérir ; tous les *Portiers* d'hôtel

fournissent ces renseignements. Les habitudes sont les mêmes qu'en France ; on fait remettre au médecin avec sa carte, sa lettre de recommandation ; on entre dans un salon, le plus souvent immense, mais à peu près dénué de clients, et l'on passe hors tour. Cette première visite réclame un tact spécial ; car il est certains noms qu'il faut savoir taire en quelques endroits ; ainsi on se rappellera l'antagonisme qui sépare l'Hôpital général de la Policlinique ; l'on saura que de Politzer à Gruber, de Schrötter à Störk, de Störk à Chiari et réciproquement, les relations ne sont pas des plus courtoises. En revanche, entre Politzer et Störk, Gruber et Schrötter, Schrötter et Chiari, il existe les rapports les meilleurs, dont on pourra profiter.

La plupart des professeurs habitent le centre de Vienne, la *Stadt*. Voici leurs adresses :

Prof. Schrötter,	IX. Marianengasse, 3.
Prof. Störk,	I. Wahlfischgasse, 13.
Prof. Chiari	I. Bellariastrasse, 12.
Prof. Politzer,	I. Gonzagagasse, 19.
Prof. Gruber,	I. Freyung, 7.
Prof. Urbantschitsch,	I. Parkring, 2.
Doct. Hajek,	IX. Garnisonsgasse, 3.
Doct. Eitelberg,	I. Adlergasse, 4 [1].

Lorsqu'on est chargé d'une mission scientifique par le Ministère de l'Instruction publique, on doit,

---

[1] Le professeur Zaufal demeure Heuwagsplatz, 24, à Prague.

dès son arrivée, se présenter à l'Ambassade de France, au palais Lobkowitz. Il est inutile de demander une audience plusieurs jours d'avance ; muni de la lettre de recommandation ministérielle, on sera reçu le jour même par l'ambassadeur. On fera une seconde visite à l'ambassade au moment de son départ. On ne manquera pas non plus de faire sa déclaration de séjour à la chancellerie, qui représente l'autorité militaire française ; cette formalité est obligatoire pour tous.

*
* *

Pour se renseigner sur les divers cours qu'on doit suivre, on se rendra à l'Hôpital général (Das k. k. allgemeine Krankenhaus, IX. Alserstrasse, 4). Des deux côtés de la porte d'entrée, à l'intérieur de la première cour, sont affichées toutes les leçons médicales du semestre, non-seulement celles qui se font dans l'hôpital, mais encore celles qui ont lieu dans d'autres hôpitaux et instituts, ainsi qu'à la Policlinique générale. Chaque cours est annoncé par une affiche individuelle qui précise sa durée, sa date d'ouverture, indique le lieu où il se tient, le prix qu'il coûte. Quant un cours de cinq à six semaines est près de finir, le suivant est généralement annoncé une semaine d'avance. Les cours sont si nombreux à Vienne que sur ces deux murs il y a bien plus de cent affiches qui deviennent

facilement un sujet de confusion pour le nouvel arrivant. Voici, à titre d'éclaircissement, quelles étaient, l'année dernière encore, les heures des cours de laryngologie et d'otologie :

HEURE DES COURS	TITULAIRES DES COURS	SIÈGE DES COURS	NATURE DES COURS
8 — 10	Prof. Schnitzler	Policlinique	Laryngologie
9 — 10	Doc. Bing	Hôpital	Otologie
10 — 11	Prof. Schrötter	Hôpital	Laryngologie
10 — 11	Prof. Störk	Hôpital	Laryngologie
11 — 12	Prof. Gruber	Hôpital	Otologie
$11^1/_2$ — 1	Prof. Chiari	Hôpital	Laryngologie
12 — 1	Prof. Politzer	Hôpital	Otologie
12 — 1	Doc. Pollak	Hôpital	Otologie
2 — 3	Doc. Roth	Hôpital	Laryngologie
2 — 3	Doc. Grossmann	Hôpital	Laryngologie
4 — 5	Prof. Urbantschitsch	Policlinique	Otologie

Chaque semestre paraît, d'ailleurs, la liste officielle de toutes les *Vorlesungen* faites dans les quatre Facultés qui constituent l'Université de Vienne ; c'est une brochure de cent pages environ, qu'il est indispensable de se procurer; on l'achète dix kreuzers chez le portier de l'Université. Elle est intitulée : *Oeffentliche Vorlesungen an der k. k. Universität zu Wien.*

Il faut encore signaler deux autres petits livres, fort utiles au médecin étranger :

1° *Das medicinische Wien*, édité chez W. Braumuller, au Graben ; un guide médical de Vienne,

plein de renseignements détaillés, sur l'organisation des hôpitaux, la scolarité des étudiants, etc.

2° *Der Orientirungs-Plan des wiener k. k. allgemeinen Krankenhauses*, dressé par J. F. Wagner et publié chez Josef Safar, VIII, Schlosselgasse, 24; c'est un plan de l'Hôpital général fort bien fait, presque indispensable pour ne pas s'égarer dans le dédale des cours de cet établissement.

*
* *

Nul ne peut assister à un cours payant s'il ne s'est fait inscrire à la Faculté de médecine. Voici quelles sont les formalités à remplir, qu'il s'agisse indifféremment des leçons de l'Hôpital ou de celles de la Policlinique.

On se rend à l'Université, situé dans le Franzensring, et on va d'abord chez le portier, à qui on déclare qu'on veut suivre les cours de la Faculté de médecine, et qu'on y assistera en qualité d'étudiant extraordinaire. Celui-ci remet alors, moyennant une bien faible rétribution, plusieurs feuilles imprimées qu'il faut bien exactement remplir.

1° Un *Meldungsbogen*, grande feuille blanche, double, dans la première colonne de laquelle on inscrira seulement la désignation des cours qu'on veut suivre et le nom des professeurs qui les font. Cette feuille restera en la possession de l'élève qui ne devra à aucun prix s'en dessaisir ; elle lui ser-

vira à la fois de passe-port universitaire et de quittance.

2° Deux *Nationale*, feuilles jaunes sur lesquelles on aura à inscrire, en double copie, son nom, son âge, sa situation sociale, sa nationalité et même sa religion. Ces deux feuilles demeureront dans les archives de la Faculté.

3° Enfin autant de *Belegschein* qu'on voudra suivre de cours ; ce sont de petites feuilles blanches qu'on aura à remettre au professeur le jour où on entrera dans son service, et qu'il gardera.

On fera bien d'emporter ces feuilles chez soi, afin de les remplir à tête reposée ; car c'est un véritable travail qu'il importe de faire très complet, et surtout très exact. Si, cependant, on a l'intention de n'assister qu'aux cours de la Policlinique, il suffira de s'inscrire directement à la chancellerie de cette dernière, qui se chargera de faire toutes ces demandes.

Muni de ces papiers en règle, on se présentera d'abord au Décanat de l'Université, où aura lieu l'inscription officielle ; on y remettra les deux *Nationale* et le *Meldungsbogen ;* cet dernier seul sera rendu presque immédiatement. On recevra également un *Aufnamschein*, ou certificat d'inscription.

On devra se rendre ensuite à la Questure, où l'on aura à présenter : 1° l'*Aufnamschein*, qui y sera gardé ; 2° le *Meldungsbogen ;* 3° et les *Belegschein.* On versera au questeur le montant du prix des

cours ; en échange, le *Meldungsbogen* et les *Belegschein* seront rendus timbrés et acquittés.

Enfin, le jour où commence un cours, on remettra au professeur : 1° le *Meldungsbogen*, 2° le *Belegschein* spécial qui le concerne. Le professeur signera la première de ces feuilles, qui, je le répète, devra être précieusement conservée par l'élève, et il gardera l'autre.

Telles sont les formalités d'admission à remplir en arrivant. Elles sont, on le voit, de deux ordres. Les unes concernent l'immatriculation du nouveau venu en qualité d'étudiant extraordinaire à la Faculté de médecine de Vienne ; les autres visent l'inscription aux différents cours, et l'acquittement des honoraires y afférents. Ces dernières seules sont donc à renouveler au cours du séjour, si l'on désire assister à de nouvelles leçons ; c'est toujours le même *Meldungsbogen* qui doit servir ; il suffira de se procurer de nouveau chez le portier quelques *Belegschein*.

⁂

Est-ce vraiment la peine de s'astreindre à toutes ces formalités ? est-il utile de se faire immatriculer à la Faculté de Vienne ? ne peut-on suivre les cours « en amateur », comme cela se pratique dans nos hôpitaux parisiens, sans y assister du commencement à la fin, et sans payer ? A cela je ré-

pondrai non ou oui, suivant la façon dont on comprend son voyage scientifique. Il est bien certain que si quelque maître étranger arrive à Vienne, précédé de sa réputation, dans le but de visiter l'installation des cliniques spéciales, il n'aura pas à collectionner *Meldungsbogen*, *Nationale*, *Aufnamschein*, ni *Belegschein* ; on se représente mal un Gellé ou un Schwartze se faisant inscrire comme étudiant chez Politzer. Il sera au contraire reçu avec la plus grande déférence, mais on ne lui montrera que ce qu'on voudra bien lui faire voir ; il ne pourra pas pénétrer dans les coulisses de la clinique, plus intéressantes souvent que la scène elle-même : et il emportera de Vienne une impression factice et insuffisante, car une visite aussi cérémonieuse aura nécessairement été courte. Mais celui qui va en Autriche pour perfectionner ses études spéciales, et qui veut connaître en ses détails la pratique des maîtres, ne peut se dispenser de toutes ces formalités ; il est nécessaire qu'il assiste au cours comme étudiant extraordinaire et payant ; à cette condition, il y trouvera toutes les commodités ; autrement, on ne l'y recevrait pas trois jours de suite.

*
* *

Les instruments étrangers sont assez mal vus des maîtres viennois, qui ne se gênent pas pour le

dire ; aussi, pour échapper à leurs critiques journalières, vaut-il mieux se procurer à Vienne les miroirs et autres objets nécessaires à l'examen des malades ; ils y sont du reste vendus à des prix très bas. Pour suivre les cliniques otologiques, il suffit d'apporter le petit miroir à main de von Tröltsch ; on trouve sur les tables, mis à la disposifion des élèves, speculums, Siegles, otoscopes, etc. Mais si l'on assiste aux leçons de rhinologie et de laryngologie, il faut acheter une boîte d'étudiant, spécialement destinée à l'examen du nez et du larynx, et que les grands fabricants, Reiner, Leiter, etc., ont composée très judicieusement de façon à satisfaire aux exigences, souvent contradictoires, des différents maîtres. J'ai d'ailleurs indiqué dans la première partie de ce livre quelles sont, à cet égard, leurs préférences et leurs antipathies.

***

Il va de soi qu'assistant à ces cours en qualité d'étudiant extraordinaire, on se conformera à toutes les habitudes de la clinique ; les Viennois tiennent beaucoup à leurs moindres traditions et veulent qu'on les respecte. Mais ce que je recommanderai à ceux de mes confrères qui auront eu le courage et le mérite de se remettre, à l'étranger, sur les bancs de l'école, c'est de bien se garder de vouloir faire étalage de leur science, surtout à leur arrivée ;

car le professeur ou l'assistant ne manqueraient pas de leur pousser quelque « colle » viennoise, quelque examen de rhinisclérome, qui les déconsidérerait d'emblée. Nous sommes censés venir à Vienne pour apprendre ; laissons croire aux assistants que nous sommes des « commenceurs », comme ils nous appellent, et nous bénéficierons de l'atmosphère de confiance qu'aura créée autour de nous notre pseudo-ignorance ; nous ferons ainsi bien des observations, bien des critiques utiles. Ne nous dissimulons pas, du reste, l'opinion qu'ont de nous les professeurs et surtout les assistants autrichiens ; ils nous accueillent avec grande cordialité et nous témoignent un intérêt qui, certainement, vaut plus de vingt florins ; mais tous, ou presque tous, vivent dans cette illusion, du reste entretenue par les lacunes dont est criblé notre enseignement officiel, qu'en France on ne nous apprend rien, et que le meilleur du bagage oto-laryngologique que possèdent nos spécialistes a été rapporté de Vienne.

*
* *

Il existe dans l'Hôpital général une salle de lecture, ouverte aux médecins étrangers, moyennant une cotisation de deux florins par mois. Cette *ärztliche Lesezimmer* se trouve au premier étage, dans le grand couloir du bâtiment où logent les *Secun-*

dararzte; on y accède par l'escalier 6 qui est situé dans l'angle nord-est de la première cour. On y trouve la plupart des journaux médicaux autrichiens et allemands et quelques publications françaises : *Semaine médicale*, *Progrès médical*, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, etc., qui y arrivent très régulièrement ; on y peut lire aussi les journaux politiques de Vienne. Le plus grand silence est de rigueur ; et les habitués rappellent assez rudement cette consigne aux étrangers qui, venant se réfugier là un jour de pluie, seraient tentés de continuer quelque conversation commencée.



Une des curiosités de Vienne médical est, pour ceux qu'intéresse la rhinologie, la splendide collection des préparations du professeur Zuckerkandl ; une partie des pièces qui la composent a été reproduite dans son traité classique de l'*Anatomie des fosses nasales*. Elle occupe le Musée de l'Institut anatomique qui s'élève au n° 13 de la Währingerstrasse. Ce musée n'est pas public ; il faut demander l'autorisation d'y pénétrer au professeur Zuckerkandl, que l'on trouvera ordinairement au sortir de son cours d'anatomie, tous les jours à dix heures du matin ; il ne refuse jamais cette permission.

* * *

Je croirais être incomplet, si, en terminant ces recommandations pratiques, je passais sous silence une des plus grandes curiosités de l'Hôpital général, la femme fantôme. C'est un mannequin vivant qui, depuis quinze ans et plus, a formé un grand nombre de générations de laryngologistes. Et ce ne sera point froisser les professeurs de l'Alsertrasse que de dire qu'elle est le meilleur maître que nous puissions trouver à Vienne pour nous apprendre la technique de notre spécialité. Après des années d'entraînement, elle est parvenue à commander à ses réflexes pharyngo-laryngés avec une telle précision qu'elle les supprime ou les exagère à volonté, pour habituer l'élève qui s'exerce sur elle à surmonter des difficultés croissantes; et elle a tellement perfectionné la sensibilité tactile de ses muqueuses aériennes, qu'elle se rend un compte exact de la situation d'un instrument introduit dans son nez ou son larynx et rectifie la position qu'elle sent défectueuse. On s'exerce sur elle à la laryngoscopie et à la rhinoscopie postérieure, au cathétérisme de la trompe, aux pansements laryngés et même à l'extraction des corps étrangers du larynx. Cette femme se nomme Magdalena Gelly; elle assiste souvent aux cliniques de Schrötter ou de Chiari, qui l'emploient beaucoup pour

former les commençants. On la rencontre du reste chaque jour vers midi dans la grande cour de l'Hôpital général, où elle vient prendre des rendez-vous, très recherchée, du reste, et ayant souvent toutes les heures de sa journée retenues comme un médecin à la mode ; elle est facile à reconnaître, vieille, ridée, l'air misérable, la figure traversée d'un bandeau noir qui lui couvre un œil, et portant à la main son éternel sac noir, où s'entassent pêle-mêle miroirs, instruments, et, attachés à des bouts de fil, des objets de toutes sortes, appelés à jouer, à leur heure, le rôle de corps étrangers du larynx. Cette femme se rend à domicile avec tout son attirail ; elle demande généralement deux florins l'heure.

TRAVAUX A CONSULTER

Si l'on désire connaître avec plus de détails l'organisation de l'enseignement médical, et en particulier l'enseignement des spécialités, à Vienne, on consultera avec avantage les travaux suivants, où j'ai puisé un certain nombre de renseignements complémentaires.

Jaccoud. — « De l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne. » Paris, 1864.

Dureau (A.). — « Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe. » Paris, 1872.

Coyne (P.). — « La chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne. » Bordeaux, 1881.

Blanchard (R.). — « Les Universités allemandes. » Paris, 1883.

— — « Die Stellung der Laryngologie in Œsterreich. » *Internationales Centralblatt für Laryngologie.* nº 1, 1885-1886.

Fiaux (L.). — « L'enseignement de la médecine en Allemagne. » Paris, 1887.

Gouguenheim (A.). — « Rapport sur l'enseignement de la laryngologie et de la rhinologie à l'Université de Vienne. » *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, Vol. XIII, page 127. Mars 1887.

Botey (R.). — « Estudios clinicos sobre laringologia, otologia y rinologia. Su prádice y enseñanza actual en Europa. » Madrid, 1891.

— — « Das medicinische Wien. Führer für Aerzte und Studirende. » Wien, 1892.

Kœhler (A.). — « Les cliniques otologiques et laryngologiques de Vienne. » *Revue médicale de l'Est.* N° 19, page 594, 1er octobre 1892.

Poli (C.). — « La laringologia a Vienna. » *Gazetta degli ospitali.* Page 1171, 22 octobre 1892.

Maurel (P.). — « Cliniques et polycliniques de laryngologie-otologie-rhinologie en Autriche, Allemagne, Angleterre, » Paris, 1893.

TABLE

—

SECONDE PARTIE — PRATIQUE

APPENDICE



SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY. — BUSSIÈRE FRÈRES.